

# Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología

## *Emotional distress, anxiety, and depression in breast cancer patients identified by the health oncology team*

Oscar Galindo Vázquez<sup>1</sup>, Enrique Bargalló Rocha<sup>2</sup>, Abel Lerma<sup>3</sup>,  
Rosario Costas Muñiz<sup>4</sup>, Nancy Ariadna Acosta Santos<sup>2</sup>  
y Abelardo Meneses García<sup>5</sup>

Instituto Nacional de Cancerología<sup>1, 2, 5</sup>  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo<sup>3</sup>  
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Óscar Galindo Vázquez, [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx).

### RESUMEN

*Introducción.* Las necesidades psicosociales en pacientes con cáncer pueden influir en el éxito del tratamiento multidisciplinario. El objetivo de esta investigación fue determinar las necesidades psicosociales de pacientes con cáncer de mama reportadas por el equipo de salud. *Método.* Se utilizó un diseño transversal no experimental con un muestreo por disponibilidad. Se realizó una encuesta en línea en todo el país. *Participantes.* 254 profesionales, principalmente cirujanos oncólogos y oncólogos médicos de instituciones de salud pública y privada. *Resultados.* La mayor parte de los profesionales de la salud preguntan directamente a sus pacientes sobre sus problemas emocionales; sin embargo, muy pocos utilizan escalas o cuestionarios validados. La mayoría de los participantes refirieron que en la institución donde eran atendidos se cuenta con servicios de salud mental. Los factores asociados con el malestar emocional, ansiedad y depresión son otros problemas psicológicos, así como ciertos síntomas físicos, entre los cuales se encuentran los problemas de apetito, memoria y sueño. *Conclusiones.* Se recomienda una mayor difusión de las guías clínicas de psicooncología para el equipo médico, así como programas de atención psicosocial en pacientes con cáncer de mama basados en evidencia.

**Palabras clave:** Ansiedad; Cáncer de mama; Depresión; Equipo de salud; Necesidades psicosociales.

<sup>1</sup> Servicio de Psicooncología, Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

<sup>2</sup> Departamento de Tumores Mamarios, correos electrónicos: [ebargallo@incan.edu.mx](mailto:ebargallo@incan.edu.mx) y [aryacos@hotmail.com](mailto:aryacos@hotmail.com).

<sup>3</sup> Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Psicología, Carretera Pachuca-Actopan camino a Tlilcuautla s/n, 42160 Pueblo San Juan Tlilcuautla, Hgo., México, correo electrónico: [aleta\\_44@yahoo.ca](mailto:aleta_44@yahoo.ca).

<sup>4</sup> Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Immigrant Health and Cancer Disparities, 1250 1st Ave., 10065 New York, NY, Estados Unidos, correo electrónico: [costasmr@mskcc.org](mailto:costasmr@mskcc.org).

<sup>5</sup> Dirección General, Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo: [amneseg@incan.edu.mx](mailto:amneseg@incan.edu.mx).



## ABSTRACT

**Introduction.** *Breast cancer patients' psychosocial needs may influence the success of multidisciplinary treatment. Objective.* To determine the psychosocial needs of patients with breast cancer as reported by their healthcare team. **Method.** *The study consisted of a national online survey with a non-experimental cross-sectional design, and sampling by availability. Participants.* A total of 254 professionals, mainly surgical and medical oncologists from public and private health institutions completed an expressly designed questionnaire. **Results.** *Most health professionals directly ask their patients about their emotional problems (72%); however, only 8% use a validated scale or questionnaire. Most of them have access to mental health services. They report that patients express emotional concerns about their quality of life (65%), adherence to treatment (42%), and disease progression (41%). The factors associated with emotional distress, anxiety, and depression include other psychological problems as physical symptoms such as appetite loss, and memory and sleep problems. Conclusions.* Greater dissemination of psycho-oncology clinical guidelines and evidence-based psychosocial care programs for patients with breast cancer should aim to train medical teams.

**Key words:** Anxiety; Breast cancer; Depression; Health team; Psychosocial needs.

Recibido: 11/08/2020

Aceptado: 20/11/2021

El cáncer de mama (CaMa en lo sucesivo) es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo. En 2018, se registraron 626,679 muertes por esta causa, y se estiman alrededor de 991,904 para el año 2040. La incidencia es variable, con tasas que van desde 55.2 a 99.0 por cada 100,000 habitantes en América Latina (Bray *et al.*, 2018) con una incidencia mayor en países de ingresos bajos y medios (Justo, Wilking, Jönsson, Luciani y Cazap 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), la incidencia de la enfermedad en México es de 55.4, con una prevalencia de 44.6 y un índice de mortalidad de 16.4 por cada 100,000 mujeres, lo que representa aproximadamente 6,884 muertes en el año 2018.

Recibir un diagnóstico de cáncer genera múltiples reacciones en los pacientes, siendo una de las más predominantes el malestar emocional, por lo que se requiere de un proceso de adaptación que les permita ajustarse adecuadamente a los efectos de la valoración (Castillo, Marván, Galindo y Landa, 2017). En el caso de CaMa, la prevalencia de problemas psicológicos varía de 29 a 47%. Dichas afectaciones pueden alterar el pronóstico de la enfermedad, la adherencia y el éxito de la terapia, el funcionamiento social y la tasa de supervivencia (Izci, Ilgün, Findikli y Özmen, 2016).

En la población mexicana con cáncer de mama se han identificado niveles de sintomatología de depresión que van de 40 a 14.2%, y de ansiedad de 26.5 a 45%, identificándose diferencias estadísticamente significativas en el caso del tiempo de evolución entre las pacientes con y sin depresión, siendo mayor en las primeras (Morales, Robles, Jiménez y Morales, 2007). En relación al malestar emocional, se ha visto una asociación positiva con mayores periodos de tiempo transcurrido desde el diagnóstico y de la cirugía. En un estudio cualitativo en mujeres mexicanas con CaMa se encontraron como principales necesidades psicosociales las siguientes: preocupaciones de fertilidad, alteración de la imagen corporal, barreras al empleo durante la supervivencia, impacto en las relaciones familiares y redes sociales, y atención psicológica y necesidades de información insatisfechas (Hubbeling *et al.*, 2018).

En este contexto, Kiss (1995) señala que los oncólogos desempeñan un importante papel no solo en la identificación del malestar emocional, sino también en su prevención al proporcionar información adecuada y apoyo emocional básico a las pacientes y a sus familiares. Para este propósito, el grado de malestar emocional y el apoyo social percibido de las pacientes deben evaluarse lo antes posible. Por su parte, Pirl *et al.* (2007) reportan que 65.0% de los oncólogos efectúan procedimientos de tamizaje de forma rutinaria, pero que solo 14.3% utiliza un instrumento de detección validado; enlistan además, como predictores del malestar emocional, la falta de disponibilidad de servicios de salud mental, el desconocimiento de las recomendaciones de la Red Nacional Comprensiva de Cáncer (*National Comprehensive Cancer*

*Network [NCCN]*) de Estados Unidos, la inexperiencia, la falta de tiempo, la incertidumbre para identificar dicho malestar y el sexo femenino del profesional (Mitchell, Kaar, Coggan y Herdman, 2008).

Lerman *et al.* (1993) indican que una vez identificado el malestar emocional, solo 40% de los médicos dedicaban a este grupo de pacientes el tiempo necesario, por lo que para utilizar mejores métodos de detección era necesario aumentar la duración de las citas de seguimiento y el tiempo que los médicos dedicaban a este fin, aunque solo 2.3% utilizaban un cuestionario formal y 20.5% empleaban para ese fin de una a tres preguntas.

Un hallazgo general es que la capacidad para detectar la angustia varía entre los diferentes oncólogos, y que en general pueden llegar a subestimarla en sus pacientes. Esto puede ser un reflejo del escaso nivel de capacitación en habilidades para evaluar la necesidad psicosocial que los médicos reciben en general, por lo que la angustia puede pasar desapercibida debido a una variedad de procesos que van desde el uso de métodos de detección inexactos hasta la prevención de problemas psicosociales (Pirl *et al.*, 2007).

El potencial de problemas de comunicación entre los pacientes con CaMa y el equipo de salud tratante puede ser preocupante porque la comunicación deficiente puede interferir con la asimilación de la información sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento (Lerman *et al.*, 1993). Por consiguiente, se presta cada vez más atención a la identificación temprana y el tratamiento del malestar emocional, el cual ha sido reconocido como el “sexto signo vital” en el campo de la oncología (Bultz *et al.*, 2011).

Aunque las pautas de la NCCN en el área psicosocial han estado disponibles durante varios años, se sabe poco sobre su uso en la práctica oncológica en México. Por lo tanto, los objetivos de la presente investigación, con diseño transversal no experimental y muestreo por disponibilidad, fueron: indagar sobre los procedimientos de que se valen los profesionales para identificar los problemas psicológicos de sus pacientes, como malestar emocional, depresión y ansiedad; las diferencias en los problemas psicológicos por sus

características clínicas y sociodemográficas, y los factores asociados a los problemas psicológicos.

## MÉTODO

### Participantes

El reclutamiento de los participantes fue hecho por vía electrónica a 814 afiliados al padrón de la Sociedad Mexicana de Mastología, a quienes se envió la invitación con dos recordatorios bimensuales. Fueron criterios de participación ser profesionales de la salud que atendieran pacientes con CaMa y que aceptaran participar en el estudio mediante la firma de una carta de consentimiento informado. Se eliminaron a aquellos que no respondieran la encuesta en su totalidad.

### Instrumento

#### *Cedula de Identificación.*

Se diseñó una cédula de identificación del participante que incluía datos sociodemográficos y clínicos, tales como edad, sexo, nivel de estudios, especialidad e institución de salud donde laboraba.

#### *Encuesta de necesidades psicosociales en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud (ENPCM).*

La ENPCM fue desarrollada *ex profeso* para esta investigación tomando como base los siguientes pasos: 1. Definición del atributo psicológico denominado Necesidades psicosociales; 2. Especificación de los profesionales de la salud a los que se dirigió la encuesta; 3. Validación por expertos y 4. Piloteo de la encuesta. Se solicitó a los participantes expresar cualquier duda o comentario respecto a la comprensión de los reactivos o la inclusión de palabras confusas u ofensivas, tras de lo cual se hicieron las correcciones pertinentes. La versión final consistió de 16 reactivos de opción múltiple o de estimación numérica sobre la frecuencia observada de malestar emocional, los síntomas de ansiedad y depresión, la disponibilidad de servicios de salud mental, los procedimientos y las barreras para la detección de tales síntomas,

y el conocimiento de las pautas de las guías de la NCCN. Se agregaron respuestas de texto libre para los ítems relativos a las barreras para la detección de sintomatología psicológica y de los recursos útiles para la misma.

### Análisis estadísticos

Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión de los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra de profesionales de la salud que atendían pacientes. Se compararon las variables relativas al malestar emocional y a los síntomas de ansiedad y depresión por las características clínicas y sociodemográficas del equipo de salud. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 y percentil 75) a través de la U de Mann-Whitney, la *Chi* cuadrada o Prueba exacta de Fisher.

Se llevó a cabo una regresión logística planteando como variables el desenlace del malestar emocional y los síntomas de ansiedad y depresión, y en cada uno de los seis modelos se estimaron los OR con sus intervalos de confianza, el estimador

beta y la constante respectiva. Se calculó asimismo la varianza explicada (índice Nagelkerke), el índice de bondad de ajuste del modelo (prueba Hosmer-Lemeshow), la sensibilidad, la especificidad y el porcentaje total explicado por cada uno de los modelos, estableciendo como nivel de significancia estadística  $p < 0.05$  (ver Tabla 4).

## RESULTADOS

La muestra final estuvo conformada por 254 profesionales que atendían pacientes con CaMa, con una media de edad de  $46 \pm 11.3$  años, de los cuales 141 fueron mujeres (56%), la mayoría con especialidad y subespecialidad.

La mayoría de los profesionales de la salud (86%) afirmaron disponer de servicios de salud mental a los cuales derivar a las pacientes con problemas psicológicos. Cuando referían a las pacientes para su atención psicosocial, en su mayoría lo hacían a los servicios de psicooncología (Tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción de la muestra (n = 254) equipo de la salud en oncología.

Variables	f (%), Media $\pm$ DE
Edad (años)	46.0 $\pm$ 11.4
Sexo	Femenino = 138 (55)
	Masculino = 116 (45)
<b>Nivel máximo de estudios</b>	
Licenciatura	28 (11)
Especialidad	54 (22)
Subespecialidad	115 (46)
Maestría	35 (14)
Doctorado	17 (7)
<b>Disciplina de los profesionales de salud</b>	
Cirugía oncológica	61 (24)
Ginecología	22 (9)
Otros	7 (3)
<b>Escenario principal donde ejercen los profesionales de la salud mental</b>	
Hospital general	83 (33)
Hospital oncológico	80 (32)
Otro	91 (35)
<b>Tiempo de haberse graduado</b>	
$\geq 20$ años	78 (32)
$\leq 10 - 19$ años	76 (31)
$\leq 9$ años	94 (38)

Continúa...

<b>Método de identificación de problemas psicológicos</b>	
Preguntan directamente	180 (72)
Esperan a que el paciente lo diga espontáneamente	50 (20)
Usan una escala o cuestionario validado	21 (8)
<b>Principales problemas físicos que atienden</b>	
Fatiga	77 (31)
Problemas de apetito	56 (23)
Dolor	50 (20)
Problemas para dormir	47 (19)
Náusea	46 (18)
<b>Principales necesidades identificadas en pacientes con CaMa</b>	
Información sobre el diagnóstico	87 (66)
Manejo de síntomas cognitivos	17 (11)
Información sobre el pronóstico	13 (10)
<b>A dónde refieren a pacientes con CaMa con problemas psicológicos</b>	
Psicooncología	127 (55)
Psiquiatría	84 (37)
Trabajo social	48 (21)
Clínica de salud mental o consejería	33 (14)

Las Tablas 2, 3 y 4 muestran la comparación del malestar emocional y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con CaMa reportados por los

participantes. Los factores asociados al malestar emocional, depresión y ansiedad se reportan en las Tablas 5, 6 y 7.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas en 254 profesionales de la salud en oncología, comparadas respecto al malestar emocional que reportan en pacientes con CaMa. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75). La comparación se efectuó mediante la U de Mann-Whitney, la *Chi* cuadrada o la prueba exacta de Fisher.

Características	Malestar emocional en pacientes con CaMa		<i>p</i>
	Alto ≥ 70% (N = 162)	Bajo < 70% (N = 192)	
<b>Edad (años)</b>	45 (38 - 55)	45 (38 - 55)	0.768
< 46 años	86 (53)	47 (51)	0.759
≥ 46 años	76 (47)	45 (49)	
<b>Sexo</b>			0.586
Femenino	92 (57)	49 (53)	
Masculino	70 (42)	43 (47)	
<b>Cómo identifica problemas psicológicos</b>			0.108
Instrumentos/preguntando	135 (83)	69 (75)	
Espera a que la paciente exprese.	27 (17)	23 (25)	
<b>Tiempo de graduado (años)</b>			0.858
9 años o menos	35 (22)	19 (21)	
10 años o más	127 (78)	73 (79)	

Continúa...

<b>Horas/semana dedica a atender pacientes con CaMa</b>			
< 35 horas/semana	82 (51)	43 (47)	0.552
≥ 35 horas/semana	80 (49)	49 (53)	
<b>Pacientes/semana que atiende</b>			
< 36 pacientes/semana	87 (54)	39 (42)	0.075
≥ 36 pacientes/semana	74 (46)	53 (58)	
<b>Porcentaje paciente con problemas emocionales</b>			
< 70% pacientes	55 (34)	62 (67)	<0.001
≥ 70% pacientes	107 (66)	30 (33)	
<b>Síntomas físicos identificados en pacientes con CaMa</b>			
<i>Memoria</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	44 (27)	37 (40)	0.032
Alta prevalencia (a veces o siempre)	118 (73)	55 (60)	
<i>Dolor</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	27 (17)	25 (27)	0.046
Alta prevalencia (a veces o siempre)	135 (83)	67 (73)	
<i>Fatiga</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	22 (14)	23 (25)	0.022
Alta prevalencia (a veces o siempre)	140 (86)	69 (75)	
<i>Dormir</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	20 (12)	28 (30)	<0.001
Alta prevalencia (a veces o siempre)	142 (88)	64 (70)	
<i>Náusea</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	56 (35)	47 (51)	0.010
Alta prevalencia (a veces o siempre)	106 (65)	45 (49)	
<i>Problemas gastrointestinales</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	53 (33)	44 (48)	0.017
Alta prevalencia (a veces o siempre)	109 (67)	48 (52)	
Baja prevalencia (nunca o pocos)	35 (22)	44 (48)	
Alta prevalencia (a veces o siempre)	127 (78)	48 (52)	
<i>Refiere pacientes a psicooncología</i>			
No	80 (49)	47 (51)	0.794
Sí	82 (51)	45 (49)	
<i>Refiere pacientes a psiquiatría</i>			
No	107 (66)	63 (69)	0.692
Sí	55 (34)	29 (31)	
<i>Refiere pacientes a servicio social</i>			
No	131 (81)	75 (82)	0.898
Sí	31 (19)	17 (18)	

Continúa...

<i>Refiere pacientes a clínica salud mental o consejería</i>			
No	140 (86)	81 (88)	0.711
Sí	22 (14)	11 (12)	
<i>Necesidades de informar diagnóstico</i>			
Baja necesidad	89 (90)	50 (86)	0.483
Alta necesidad	10 (10)	8 (14)	
<i>Necesidades de informar pronóstico</i>			
Baja necesidad	73 (74)	42 (72)	0.857
Alta necesidad	26 (26)	16 (28)	
<i>Necesidades de informar tratamiento</i>			
Baja necesidad	75 (76)	41 (71)	0.485
Alta necesidad	24 (24)	17 (29)	
<b>¿Cómo afectan los problemas psicológicos a los pacientes?</b>			
<i>Mortalidad</i>			
No	109 (67)	61 (66)	0.873
Sí	53 (33)	31 (34)	
<i>Adherencia al tratamiento</i>			
No	89 (55)	59 (64)	0.153
Sí	73 (45)	33 (36)	
<i>Calidad de vida</i>			
No	53 (33)	36 (39)	0.303
Sí	109 (67)	56 (61)	
<i>Progresión de la enfermedad</i>			
No	96 (59)	55 (60)	0.635
Sí	66 (41)	37 (40)	
<i>Gravedad de efectos secundarios</i>			
No	99 (61)	54 (59)	0.705
Sí	63 (39)	38 (41)	
<i>Comunicación con el equipo de salud</i>			
No	105 (65)	61 (66)	0.810
Sí	57 (35)	31 (34)	
<i>Comunicación con la familia</i>			
No	99 (61)	57 (62)	0.894
Sí	63 (39)	35 (38)	
<i>Depresión</i>			
< 70% de pacientes	110 (68)	24 (26)	≤ 0.001
≥ 70% de pacientes	52 (32)	68 (74)	
<i>Ansiedad</i>			
< 70% de pacientes	128 (80)	42 (46)	≤ 0.001
≥ 70% de pacientes	33 (20)	50 (54)	

**Tabla 3.** Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de 254 profesionales de la salud en oncología comparadas respecto a la depresión que reportan en pacientes con CaMa. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75). La comparación se efectuó mediante la U de Mann-Whitney, la *Chi* cuadrada o la Prueba Exacta de Fisher.

Características	Depresión en pacientes con CaMa		<i>p</i>
	Bajo < 70% (N = 120)	Alto ≥ 70% (N = 134)	
<b>Edad (años)</b>	43 (36 - 54)	47 (39 - 55)	
< 46 años	71 (59)	62 (46)	0.074
≥ 46 años	49 (41)	72 (54)	0.040
<b>Sexo</b>			
Femenino	63 (53)	78 (59)	0.361
Masculino	57 (48)	56 (42)	
<b>Cómo identifica problemas psicológicos</b>			
Instrumentos/preguntando	102 (85)	102 (76)	0.076
Espera a que la paciente exprese	18 (15)	32 (24)	
<b>Tiempo de graduado (años)</b>			
9 años o menos	30 (25)	24 (18)	0.168
10 años o más	90 (75)	110 (82)	
<b>Horas/semana dedica a atender pacientes con CaMa</b>			
< 35 horas/semana	58 (48)	67 (50)	0.791
≥ 35 horas/semana	62 (52)	67 (50)	
<b>Pacientes/semana que atiende</b>			
< 36 pacientes/semana	60 (50)	67 (50)	0.952
≥ 36 pacientes/semana	60 (50)	67 (50)	
<b>Porcentaje paciente con problemas psicológicos</b>			
< 70% pacientes	85 (71)	32 (24)	< 0.001
≥ 70% pacientes	35 (29)	102 (76)	
<b>Síntomas físicos identificados en pacientes con CaMa</b>			
<i>Memoria</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	43 (36)	38 (28)	0.202
Alta prevalencia (a veces o siempre)	77 (64)	96 (72)	
<i>Dolor</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	28 (23)	24 (17)	0.285
Alta prevalencia (a veces o siempre)	92 (77)	110 (83)	



**Tabla 4.** Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas en 254 profesionales de la salud en oncología comparadas respecto a la ansiedad que reportan en pacientes con CaMa. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75). La comparación se efectuó mediante la U de Mann-Whitney, la *Chi Cuadrada* o la Prueba Exacta de Fisher.

Característica	Ansiedad en pacientes		p
	Alta ≥70% (N = 170)	Baja <70% (N = 83)	
	45 (39 - 55)	44 (37 - 55)	
<b>Edad (años)</b>			0.633
< 46 años	87 (51)	45 (54)	
≥ 46 años	83 (49)	38 (46)	
<b>Sexo</b>			
Femenino	96 (57)	44 (53)	0.603
Masculino	74 (43)	39 (47)	
<b>Cómo identifica problemas psicológicos</b>			
Instrumentos/preguntando	139 (82)	64 (77)	0.383
Espera a que paciente exprese	31 (18)	19 (23)	
<b>Tiempo de graduado (años)</b>			
9 años o menos	35 (21)	18 (22)	0.840
10 años o más	135 (79)	65 (78)	
<b>Horas/semana que dedica a atender pacientes con CaMa</b>			
< 35 horas/semana	89 (52)	36 (43)	0.180
≥ 35 horas/semana	81 (48)	47 (57)	
< 36 pacientes/semana	90 (53)	36 (43)	
≥ 36 pacientes/semana	80 (47)	47 (57)	
<b>Porcentaje paciente con problemas psicológicos</b>			
< 70% pacientes	62 (37)	55 (66)	< 0.001
≥ 70% pacientes	108 (63)	28 (34)	
<b>Síntomas físicos identificados en pacientes con CaMa</b>			
<b>Memoria</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	44 (26)	37 (45)	0.003
Alta prevalencia (a veces o siempre)	126 (74)	46 (55)	
<b>Dolor</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	33 (19)	19 (23)	0.520
Alta prevalencia (a veces o siempre)	137 (81)	64 (77)	
<b>Fatiga</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	23 (14)	22 (27)	0.011
Alta prevalencia (a veces o siempre)	147 (86)	61 (73)	
<b>Dormir</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	20 (12)	27 (33)	≤ 0.001
Alta prevalencia (a veces o siempre)	150 (88)	56 (67)	
<b>Náusea</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	61 (36)	41 (49)	0.040
Alta prevalencia (a veces o siempre)	109 (64)	42 (51)	

Continúa...

<b>Problemas gastrointestinales</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	55 (32)	41 (49)	0.009
Alta prevalencia (a veces o siempre)	115 (68)	42 (51)	
<b>Apetito</b>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	45 (27)	34 (41)	0.020
Alta prevalencia (a veces o siempre)	125 (73)	49 (59)	
<b>Refiere pacientes a psicooncología</b>			
No	93 (55)	34 (41)	0.040
Sí	77 (45)	49 (59)	
<b>Refiere pacientes a psiquiatría</b>			
No	120 (71)	50 (60)	0.100
Sí	50 (29)	33 (40)	
<b>Refiere pacientes a trabajo social</b>			
No	141 (83)	64 (77)	0.267
Sí	29 (17)	19 (23)	
<b>Refiere pacientes a clínica salud mental o consejería</b>			
No	145 (85)	75 (90)	0.261
Sí	25 (15)	8 (10)	
<b>Necesidades informar el diagnóstico</b>			
Baja necesidad	90 (87)	48 (91)	0.555
Alta necesidad	13 (13)	5 (9)	
<b>Necesidades informar el pronóstico</b>			
Baja necesidad	75 (73)	39 (74)	0.918
Alta necesidad	28 (27)	14 (26)	
<b>Necesidades informar el tratamiento</b>			
Baja necesidad	76 (74)	39 (74)	0.978
Alta necesidad	27 (26)	14 (26)	
<b>¿Cómo afectan los problemas psicológicos a los pacientes?</b>			
<i>Mortalidad</i>			
No	117 (69)	52 (63)	0.328
Sí	53 (31)	31 (37)	
<i>Adherencia al tratamiento</i>			
No	88 (52)	60 (72)	0.002
Sí	82 (48)	23 (28)	
<i>Calidad de vida</i>			
No	57 (33)	32 (39)	0.432
Sí	113 (67)	51 (61)	
<i>Progresión de la enfermedad</i>			
No	103 (61)	47 (57)	0.547
Sí	67 (39)	36 (43)	
<i>Severidad de efectos secundarios</i>			
No	102 (60)	51 (61)	0.825
Sí	68 (40)	32 (39)	

Continúa...

<i>Comunicación con el equipo de salud</i>			
No	107 (63)	59 (71)	0.200
Sí	63 (37)	24 (29)	
<i>Comunicación con la familia</i>			
No	99 (58)	57 (69)	0.109
Sí	71 (42)	26 (31)	
<i>Malestar emocional</i>			
< 70% de pacientes	42 (25)	50 (60)	≤0.001
≥ 70% de pacientes	128 (75)	33 (40)	
<i>Depresión</i>			
< 70% de pacientes	63 (37)	57 (69)	≤0.001
≥ 70% de pacientes	107 (63)	26 (31)	

**Tabla 5.** Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con malestar emocional en pacientes con CaMa reportado por equipo de salud en oncología (≥ 70% de las pacientes).

Modelos para malestar emocional (ME) (≥ 70% pacientes, por autorreporte de profesionales de la salud)	Modelo 1			Modelo 2		
	β	OR (IC <sub>95%</sub> )	p	β	OR (IC <sub>95%</sub> )	p
% pacientes con problemas psicológicos (≥70%)	0.776	2.17 (1.14 – 4.14)	0.018	1.102	3.01 (1.65 – 5.50)	<0.001
Problemas de memoria (a veces o siempre)	0.207	1.23 (0.63 – 2.39)	0.542	-0.051	0.95 (0.49 – 1.85)	0.880
Problemas de dolor (a veces o siempre)	0.398	1.49 (0.70 – 3.17)	0.302	0.537	1.71(0.81 – 3.60)	0.157
Problemas de fatiga (a veces o siempre)	0.219	1.25 (0.55 – 2.81)	0.598	0.154	1.17 (0.51 – 2.65)	0.714
Problemas del sueño (a veces o siempre)	0.772	2.16 (0.98 – 4.76)	0.055	0.614	1.85 (0.84 – 4.09)	0.129
Problemas de náusea (a veces o siempre)	0.126	1.14 (0.52 – 2.50)	0.754	-0.002	0.99 (0.45 – 2.20)	0.995
Problemas gástricos (a veces o siempre)	-0.411	0.663 (0.29 – 1.50)	0.321	-0.355	0.70 (0.31 – 1.59)	0.394
Problemas apetito (a veces o siempre)	0.805	2.24 (1.00 – 5.01)	0.050	1.073	2.92 (1.30 – 6.59)	0.010
Presencia de depresión (≥ 70% pacientes)	1.310	3.70 (1.93 – 7.13)	<0.001	----	----	----
Presencia de ansiedad (≥ 70% pacientes)		----	----	1.184	3.27 (1.75 – 6.11)	<0.001

**Interpretación:** Modelos 1 y 2 para malestar emocional. El malestar emocional en pacientes con cáncer se explica por el porcentaje (≥70%) de pacientes con problema psicológico ( $p = <0.001$ ), problemas de apetito ( $p = 0.010$ ) y por la presencia de depresión y ansiedad en ≥70% de los pacientes ( $p = <0.001$ ).

La varianza explicada para cada modelo está representada en los valores Nagelkerke R<sup>2</sup> respectivos; la sensibilidad y especificidad se muestran en la parte superior de cada modelo. La prueba de bondad de ajuste es la Hosmer-Lemeshow, que indica bajo o nulo error si la Chi cuadrada arroja un valor  $p \geq 0.05$ .

**Tabla 6.** Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con depresión en pacientes con CaMa reportado por equipo de salud en oncología ( $\geq 70\%$  de los pacientes).

Modelos para presencia de depresión ( $\geq 70\%$ pacientes, por auto-reporte de profesionales de la salud)	Modelo 3			Modelo 4		
	$\beta$	OR (IC <sub>95%</sub> )	Valor <i>p</i>	$\beta$	OR (IC <sub>95%</sub> )	Valor <i>p</i>
	Depresión = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a clínica salud mental + necesidad información pronóstico + presencia de ansiedad. Constante = -2.983, Nagelkerke $R^2 = 0.474$ Prueba Hosmer-Lemeshow = $Chi^2 = 9.65$ , 7 g.l., $p = 0.209$ , Sensibilidad = 81%, Especificidad = 76%, Porcentaje total = 80%			Depresión = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a clínica salud mental + necesidad información pronóstico + malestar emocional. Constante = -3.056, Nagelkerke $R^2 = 0.522$ Prueba Hosmer-Lemeshow = $Chi^2 = 10.536$ , 8 g.l., $p = 0.229$ , Sensibilidad = 86%, Especificidad = 78%, Porcentaje total = 82%		
% pacientes con problemas psicológicos ( $\geq 70\%$ )	1.780	5.93 (2.59 – 13.59)	<0.001	1.821	6.18 (2.61 – 14.62)	<0.001
Problemas del sueño (a veces o siempre)	0.608	1.84 (0.56 – 5.98)	0.313	0.629	1.88 (0.60 – 5.84)	0.278
Problemas de náusea (a veces o siempre)	-0.187	0.83 (0.28 – 2.44)	0.733	-0.292	0.75 (0.24 – 2.31)	0.611
Problemas gástricos (a veces o siempre)	0.262	1.30 (0.42 – 4.05)	0.651	0.224	1.25 (0.37 – 4.25)	0.720
Problemas apetito (a veces o siempre)	1.182	3.26 (0.95 – 11.24)	0.061	0.816	2.26 (0.57 – 8.94)	0.245
Refiere pacientes a clínica de salud mental	2.954	19.17 (3.66 – 100.37)	<0.001	3.000	20.09 (3.70 – 109.04)	0.001
Necesidad información sobre pronóstico	-0.784	0.457 (0.19 – 1.12)	0.086	-0.793	0.45 (0.18 – 1.13)	0.088
Presencia de ansiedad ( $\geq 70\%$ pacientes)	1.000	2.72 (1.09 – 6.76)	0.031	—	—	—
Presencia malestar emocional ( $\geq 70\%$ pacientes)	—	—	—	1.714	5.55 (2.17 – 14.18)	<0.001

**Interpretación:** Modelos 3 y 4 para depresión. Los problemas emocionales asociados a depresión en pacientes con cáncer se explican por el porcentaje ( $\geq 70\%$ ) de pacientes con problemas psicológicos ( $p = <0.001$ ), presencia de malestar emocional en  $\geq 70\%$  pacientes ( $p = <0.001$ ), el que los profesionales los refieren a clínica de salud mental ( $p = <0.001$ ), y por la presencia de ansiedad en  $\geq 70\%$  de pacientes ( $p = <0.001$ ). La varianza explicada para cada modelo está representada en los valores Nagelkerke  $R^2$  respectivos; la sensibilidad y especificidad se muestran en la parte superior de cada modelo. La prueba de bondad de ajuste es la Hosmer-Lemeshow, que indica bajo o nulo error si la *Chi* cuadrada arroja un valor  $p \geq 0.05$ .

**Tabla 7.** Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con ansiedad en pacientes con CaMa ( $\geq 70\%$ ) reportados por el equipo de salud en oncología.

Modelos para presencia de ansiedad ( $\geq 70\%$ pacientes, por autorreporte de profesionales de la salud)	Modelo 5			Modelo 6			
	$\beta$	OR (IC <sub>95%</sub> )	<i>p</i>	$\beta$	OR (IC <sub>95%</sub> )	Valor <i>p</i>	
Ansiedad = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas memoria + fatiga + sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a psicooncología + no adherencia al tx + malestar emocional. Constante = -1.445, Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0.312 Prueba Hosmer-Lemeshow = $\chi^2 = 11.215$ , 8 g.l., <i>p</i> = 0.190, Sensibilidad = 87%, Especificidad = 46%, Porcentaje total = 74%				Ansiedad = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas memoria + fatiga + sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a psicooncología + no adherencia al tx + presencia de depresión. Constante = -1.308, Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0.277 Prueba Hosmer-Lemeshow = $\chi^2 = 7.785$ , 8 g.l., <i>p</i> = 0.455, Sensibilidad = 89%, Especificidad = 52%, Porcentaje total = 77%			
% pacientes con problemas psicológicos ( $\geq 70\%$ )	0.819	2.27 (1.21 – 4.25)	0.011	0.729	2.07 (1.07 – 4.00)	0.030	
Problemas de memoria (a veces o siempre)	0.662	1.94 (1.00 – 3.76)	0.050	0.709	2.03 (1.05 – 3.92)	0.034	
Problemas de fatiga (a veces o siempre)	0.145	1.16 (0.50 – 2.67)	0.735	0.179	1.20 (0.53 – 2.71)	0.668	
Problemas del sueño (a veces o siempre)	0.954	2.60 (1.16 – 5.79)	0.020	1.051	2.86 (1.30 – 6.28)	0.009	
Problemas de náusea (a veces o siempre)	-0.014	0.99 (0.44 – 2.22)	0.974	0.045	1.05 (0.47 – 2.32)	0.913	
Problemas gástricos (a veces o siempre)	0.395	1.49 (0.66 – 3.34)	0.339	0.241	1.27 (0.57 – 2.82)	0.553	
Problemas apetito (a veces o siempre)	-0.407	0.67 (0.29 – 1.55)	0.347	-0.264	0.77 (0.34 – 1.74)	0.527	
Refiere pacientes a psicooncología	-0.865	0.42 (0.22 – 0.79)	0.007	-0.757	0.47 (0.25 – 0.87)	0.016	
No Adherencia al tratamiento	0.633	1.88 (0.98 – 3.62)	0.058	0.600	1.82 (0.96 – 3.47)	0.068	
Presencia malestar emocional ( $\geq 70\%$ pacientes)	1.230	3.42 (1.80 – 6.52)	<0.001	—	—	—	
Presencia de depresión ( $\geq 70\%$ pacientes)	—	—	—	0.853	2.35 (1.20 – 4.60)	0.013	

**Interpretación:** Modelos 5 y 6 para ansiedad. Los problemas emocionales asociados a ansiedad en pacientes con cáncer se explican por el porcentaje ( $\geq 70\%$ ) de pacientes con problemas psicológicos ( $p = 0.011$ ), con problemas de memoria frecuentes ( $p = 0.034$ ), con problemas del sueño ( $p = 0.009$ ) y que presentan malestar emocional en  $\geq 70\%$  pacientes ( $p < 0.001$ ). Actúa como factor protector el que los profesionales de la salud los refieran a psicooncología ( $p = 0.007$ ). La varianza explicada de cada modelo está representada en los valores Nagelkerke R<sup>2</sup> respectivos; la sensibilidad y especificidad se muestran en la parte superior de cada modelo. La prueba de bondad de ajuste es la Hosmer-Lemeshow, que indica bajo o nulo error si la  $\chi^2$  cuadrada arroja un valor  $p \geq 0.05$

## DISCUSIÓN

El equipo de salud en oncología identificó algún problema psicológico en más de la mitad de las pacientes atendidas, los que se relacionan con afectaciones en la calidad de vida, la falta de adherencia al tratamiento, la progresión de la enfermedad, los efectos secundarios graves y la afectación en la comunicación familiar.

El 72% de los profesionales de la salud preguntan directamente a sus pacientes sobre sus problemas emocionales, mientras que 20% esperan a que los pacientes los expresen. Esto es semejante a lo reportado por Mitchell *et al.* (2008) en cuanto a la forma habitual de indagar del equipo médico. Dos tercios detectaron los trastornos del estado de ánimo de forma rutinaria, y solo un tercio lo hizo ocasionalmente o dependía de lo que los pacientes

mencionaran espontáneamente. Esta cifra es mayor que la reportada por Costas, Hunter, Garduno, Morales y Gany (2017), quienes hallaron que solo un tercio (34%) compartía sus necesidades emocionales con el oncólogo o el proveedor de cuidados oncológicos, por lo que proporcionar más estrategias de comunicación al equipo de salud sobre la explicación de los esquemas de tratamiento e indagar sobre los problemas psicológicos más prevalentes en este grupo de pacientes es esencial para derivarlas oportunamente a los programas de salud mental.

Respecto al uso de una escala o cuestionario validado por parte de los profesionales de la salud, este es menor que lo reportado por Pirl *et al.* (2007) de 14.3%, lo cual implica la necesidad de un mayor adiestramiento en las destrezas requeridas para un tamizaje efectivo de las necesidades

psicosociales, así como de establecer procesos de interconsulta más adecuados con los equipos de salud mental en oncología. Así, se encontró un menor uso de instrumentos, comparados con el de los trabajadores sociales, los cuales pueden tener un mejor manejo de los aspectos sociales derivado de su formación profesional (BrintzenhofeSzoc *et al.*, 2015).

Se halló asimismo que la mayor parte de los participantes disponen de servicios de salud mental a los que pueden derivar a pacientes con problemas psicológicos (86%), principalmente a los de psicooncología, lo que es relevante porque en países de ingresos bajos y medios los servicios de atención y apoyo son con frecuencia limitados, y el desarrollo de programas para la atención de supervivencia y el seguimiento a largo plazo no se han abordado adecuadamente (Ganz *et al.*, 2013), a pesar que ha habido iniciativas para considerar la evaluación psicológica como un proceso vital y rutinario en oncología (Waller, Williams, Groff, Bultz y Carlson, 2013).

Respecto a los factores asociados a la presencia de síntomas psicológicos, se identificó el padecer otros problemas de esa índole, por lo que se debe ofrecer apoyo psicosocial adicional a este grupo de pacientes (Kiss, 1995). Un aspecto a considerar es que estos problemas psicológicos no se tratan porque no son diagnosticados, o bien porque se derivan a los especialistas en salud mental de forma retrasada, toda vez que se consideran meramente efectos del cáncer y de los tratamientos oncológicos, y por lo tanto reacciones “normales”.

También se pudo identificar síntomas físicos, sobre todo gastrointestinales, de apetito, náuseas, del sueño y fatiga. Algo que es relevante aquí son los problemas de memoria, los cuales han sido reconocidos como un problema clínicamente significativo en la población mexicana con CaMa, por lo que su detección y atención oportuna pueden mejorar su funcionalidad (Vázquez *et al.*, 2019). Esto concuerda con reportes que señalan que los efectos del tratamiento afectan diversas áreas de la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el estado emocional, físico y cognitivo (Lauzier *et al.*, 2010; Montazeri *et al.*, 2008).

A su vez, ciertos factores asociados, como referir a las pacientes a servicios de salud mental, satisfacer su necesidad reportada de información sobre el pronóstico y prevenir los problemas ocasionados por la falta de adherencia terapéutica subrayan los hallazgos de Pirl *et al.* (2007) respecto a que la disponibilidad de servicios de salud mental y el conocimiento de las recomendaciones de la NCCN están asociados a la detección de malestares emocionales. En el mismo sentido, la falta de capacitación y la escasa confianza entre las pacientes y el personal de salud también han sido reconocidas (Mitchell *et al.*, 2008).

En este contexto, se debe considerar lo significativo que es incluir de forma oportuna la intervención psicológica –en particular la terapia cognitivo-conductual– en problemas como depresión, ansiedad y malestar emocional, a fin de brindar a la paciente la oportunidad de conocer otro tipo de recursos comportamentales que le permitan sobrellevar los efectos del tratamiento o de la cirugía y mantenerlas funcionales y participativas a largo del proceso (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014).

Finalmente, es relevante el tiempo que los profesionales dedican a la atención clínica y al número de pacientes atendidas cada semana, lo que puede implicar la escasez de tiempo para llevar a cabo un tamizaje psicosocial. Lo anterior concuerda con otros hallazgos respecto a que más de la mitad de los médicos tienen 20 minutos o menos para evaluar a pacientes de recién ingreso. Si los médicos no pueden dedicarles más tiempo, entonces se pueden requerir técnicas innovadoras de detección, como herramientas computarizadas, o bien la evaluación puede hacerse en la sala de espera o ser llevada a cabo por un mayor número de psicooncólogos y enfermeras adiestradas en salud mental. La evaluación formal y la terapia psicológica deben ser rutinarias, lo que puede traer consigo el que las mujeres estén más dispuestas a formular preguntas sobre su condición y sean más capaces de retener la información que se les brinda en el consultorio médico (Hubbeling *et al.*, 2018).

Todo lo anterior puede conducir a un trabajo más riguroso en la práctica clínica y en la inves-

tigación de psicólogos y psiquiatras en pacientes con CaMa, aun más en la población Latinoamericana, en la que las necesidades de salud mental de las pacientes siguen siendo una prioridad todavía de abordar (Galindo y Costas, 2019).

Dentro de las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista psiquiátrica de confirmación diagnóstica con las pacientes referidas por los equipos de salud. Al ser una muestra de participación voluntaria, puede haber un sesgo en los médicos participantes, inclinados a observar y ayudar a sus pacientes en los aspectos psicológicos.

En conclusión, los problemas psicológicos son aspectos que en general el equipo de oncología considera como parte del tratamiento rutinario de las pacientes con CaMa. Hay un porcentaje similar de médicos que evalúan los problemas psicológicos, si bien aquellos que usan instrumentos son menos en comparación con lo encontrado en estudios hechos en otros países.

Por todo lo anterior, se sugiere difundir las guías de práctica clínica en psicooncología y de la NCCN entre los profesionales de la salud, así como integrar tales contenidos en los programas de salud mental en oncología.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores de esta investigación agradecen el apoyo del CONACYT al proyecto “Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión al tratamiento, tabaquismo y calidad de vida, mediante la modificación de los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en inicio de tratamiento médico” (PN 2015/1715).

*Citación:* Galindo V., O., Bargalló R., E., Lerma, A., Costas M., R., Acosta S., N.A. y Meneses G., A. (2023). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología. *Psicología y Salud*, 33(1), 171-186. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2782>.

## REFERENCIAS

- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. Doi: 10.3322/caac.21492.
- Brintzenhofeszoc, K., Davis, C., Kayser, K., Lee, H.Y., Nedjat-Haiem, F., Oktay, J.S. y Zebrack, B.J. (2015). Screening for psychosocial distress: A national survey of oncology social workers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(1), 34-47. Doi: 10.1080/07347332.2014.977416.
- Bultz, B.D., Groff, S.L., Fitch, M., Claude, M., Howes, J. y Levy, K. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psychooncology*, 20(5), 463-469. Doi: 10.1002/pon.1932.
- Castillo L., R.L., Marván G., M.L., Vázquez O., G. y Landa R., E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35-41.
- Costas M., R., Hunter H., M., Garduño O., O., Morales C., J. y Gany, F. (2017). Ethnic differences in psychosocial service use among non-Latin white and Latin breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(4), 424-437. Doi: 10.1080/07347332.2017.1310167.
- Galindo V., O. y Costas M., R. (2019). Evidence-based psycho-oncology: A priority in mental health. *Salud Mental*, 42(3), 101-102. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.013.
- Ganz, P.A., Yip, C.H., Gralow, J.R., Distelhorst, S.R., Albain, K.S. y Andersen, B.L. (2013). Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 Consensus Statement. *The Breast*, 22(5), 606-615. Doi: 10.1016/j.breast.2013.07.049.
- Hubbeling, H.G., Rosenberg, S.M., González R., M.C., Cohn, J.G., Villarreal G., C. y Partridge, A.H. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PLoS One*, 13(5), 1-23. Doi: 10.1371/journal.pone.0197931.
- İzci, F., İlgün, A.S., Fındıklı, E. y Özmen, V. (2016). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *The Journal of Breast Health*, 12(3), 94-101. Doi: 10.5152/tjbh.2016.3041.

- Justo, N., Wilking, N., Jönsson, B., Luciani, S. y Cazap, E. (2013). A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *The Oncologist*, 18(3), 248. Doi: 10.1634/theoncologist.2012-0373.
- Kiss, A. (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement, Flims 1995. *Support Care in Cancer*, 3(4), 270-271. Doi: 10.1007/BF00335903.
- Lauzier, S., Maunsell, E., Levesque, P., Mondor, M., Robert, J., Robidoux, A. y Provencher, L. (2010). Psychological distress and physical health in the year after diagnosis of DCIS or invasive breast cancer. *Breast Cancer: Research and Treatment*, 120(3), 685-691. Doi: 10.1007/s10549-009-0477-z.
- Lerman, C., Daly, M., Walsh, W.P., Resch, N., Seay, J. y Barsevick, A. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers: determinants and implications. *Cancer*, 72(9), 2612-2620. Doi: 10.1002/1097-0142(19931101)72:9<2612::AID-CNCR2820720916>3.0.CO;2-F.
- Martínez B., A.E., Lozano A., A., Rodríguez V., A.L., Galindo V., O. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58.
- Mitchell, A.J., Kaar, S., Coggan, C. y Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(3), 226-236. Doi: 10.1002/pon.1228.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F. y Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8(1), 330. Doi: 10.1186/1471-2407-8-330.
- Moral C., M., Robles G., R., Jiménez P., M. y Morales R., J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública de México*, 49, 247-248.aa.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Cáncer de mama: prevención y control*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>.
- Pirl, W.F., Muriel, A., Hwang, V., Kornblith, A., Greer, J., Donelan, K. y Schapira, L. (2007). Screening for psychosocial distress: a national survey of oncologists. *The Journal of Supportive Oncology*, 5(10), 499-504.
- Vázquez R., L.A., Galindo V., O., Bargalló R., E., Herrera G., Á., Cabrera G., P., Meneses G., A., Lerma T., A. y Aguilar P., J.L. (2017). Factores predictores de función cognitiva, sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 24-34.
- Waller, A., Williams, A., Groff, S.L., Bultz, B.D. y Carlson, L.E. (2013). Screening for distress, the sixth vital sign: examining self-referral in people with cancer over a one-year period. *Psycho-Oncology*, 22(2), 388-395. Doi: 10.1002/pon.2102.