

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Ansiedad y Depresión en pacientes con cáncer de mama en diferentes estadios del tratamiento.

Presentado por

Lorena Bustamante

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Tutor: Lic. Ana Milena Gamba Hincapie

Co-tutor: Dr. Jose Luis López

Abril 2024

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Metodología.....	15
Diseño.....	15
Muestra.....	15
Criterios de Inclusión.....	15
Criterios de Exclusión.....	15
Instrumentos.....	16
Procedimiento.....	17
Análisis de Datos.....	18
Resultados.....	18
Discusión y Conclusiones.....	27
Referencias Bibliografía.....	31
Anexos.....	33

Agradecimientos

A la Lic. Ana Milena Gamba Hincapie quién aceptó ser mi tutora en este trabajo.

Al Dr. Jose Luis López quién me acompañó como co-tutor, me acompaña hace años como esposo y me seguirá acompañando en la maravillosa tarea que compartimos de paternidad.

A mi hija Emma quien me inspira a mejorar.

Resumen

El cáncer de mama es una enfermedad que en la actualidad es una de las principales causas de muerte. El presente trabajo aborda la ansiedad y la depresión por ser trastornos de los más frecuentes en el paciente con cáncer de mama y por su incidencia en el bienestar. Participaron 120 pacientes con cáncer de mama de 35 a 85 años. El objetivo general de la investigación consistió en describir los niveles de ansiedad y depresión en los distintos estadios del tratamiento. Para tal fin se dividió a la muestra en cuatro grupos integrados por 30 sujetos; un grupo en tratamiento quirúrgico, un grupo en tratamiento de quimioterapia, un grupo en radioterapia y un grupo dentro de los seis meses finalizado el tratamiento oncológico. Pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires y correspondientes al Instituto Oncológico Ángel H. Roffo. Para medir las variables se utilizan dos instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI) y El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory de Spielberger).

En el análisis de los datos del cuestionario BDI, se observaron niveles de depresión mínima en varias dimensiones, como Sentimiento de castigo y Cansancio, mientras que se identificaron niveles moderados en aspectos como Odio a mí mismo. En cuanto a la ansiedad, se encontraron altos indicadores de ansiedad estado y niveles moderados de ansiedad rasgo en las participantes. Al comparar la depresión y la ansiedad en diferentes etapas de tratamiento, así como en diferentes grupos de edad, no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados sugieren la importancia de abordar tanto la depresión como la ansiedad en el contexto del tratamiento, independientemente de la etapa o la edad de las pacientes.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, cáncer de mama, oncología, psicología.

Abstract

Cancer is a disease that is currently one of the main causes of death. The present work addresses anxiety and depression because they are the most frequent disorders in patients with breast cancer and because of their impact on well-being. 120 patients with breast cancer aged 25 to 55 years participate in this research, divided into four groups of 30 subjects each: a group in surgical treatment, a group in chemotherapy treatment, a group in rays and a group within six months. finished the oncological treatment. Belonging to the city of Buenos Aires and corresponding to the Ángel H. Roffo Institute of Ontology. To measure the variables, two instruments are used: the Beck Depression Inventory (BDI) and the State Trait Anxiety Inventory (IDARE), which is the Spanish version of the STAI (State Trait-Anxiety Inventory by Spielberger).

In the analysis of the data from the BDI questionnaire, minimal levels of depression were observed in several dimensions, such as Feeling of Punishment and Tiredness, while moderate levels were identified in aspects such as Self-Hate. Regarding anxiety, high indicators of state anxiety and moderate levels of trait anxiety were found in the participants. When comparing depression and anxiety at different stages of treatment, as well as in different age groups, no significant differences were found. These results suggest the importance of addressing both depression and anxiety in the context of treatment, regardless of the stage or age of the patients.

Keywords:

Anxiety, depression, breast cancer, oncology, psychology.

INTRODUCCIÓN

Recibir un diagnóstico de cáncer de mama (CM) provoca diversas respuestas en los pacientes, siendo el malestar emocional una de las reacciones más comunes y significativas. Por lo tanto, es necesario que los pacientes atraviesen un proceso de adaptación que les permita adecuarse de manera efectiva a los impactos de la evaluación. (Castillo, Marván, Galindo y Landa, 2017)

La situación más habitual al recibir la noticia del diagnóstico, es que la persona experimente una serie de reacciones físicas y emocionales, destacándose una preocupación intensa en torno a la lucha entre la vida y la muerte. Las emociones negativas más comunes incluyen ansiedad y depresión, así como la interrupción de las actividades cotidianas. La conmoción emocional no solo está influenciada por el pronóstico que el médico comunica a la paciente, sino también por las creencias sobre el CM que pueden generar sentimientos de culpa en la mujer. (Cheng, Chen y Lin, 2016).

Se ha observado que los síntomas físicos del CM y su tratamiento, junto con los síntomas de ansiedad y depresión, afectan negativamente la calidad de vida tanto en aspectos físicos como emocionales. Estos factores pueden provocar sentimientos de desesperanza, pérdida de control, reducción en la satisfacción con la vida y preocupación por la evolución de la enfermedad. (Cohee, et al., 2016; Gold, et al., 2016).

El cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial. En 2018, se reportaron 626,679 fallecimientos debido a esta enfermedad, y se proyecta que para el año 2040 habrá alrededor de 991,904 muertes. La incidencia varía, con tasas que oscilan entre 55.2 y 99.0 por cada 100,000 habitantes en América Latina. (Bray et al., 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) la mayor incidencia de tumores malignos en la población mundial fue: Cáncer Pulmonar (12, 3%), Cáncer Mamario (10, 4%), Cáncer Colorectal (9,4%), registrándose a nivel mundial 1.036.000 nuevos casos al año para el cáncer mamario, con una mortalidad de 478.687 mujeres.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud Argentina (2023) el CM, responsable de 5400 muertes al año, es la principal causa de fallecimiento por tumores en mujeres. En nuestro país, se observa una marcada variación en la tasa de mortalidad entre provincias. Tierra del Fuego y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires muestran las tasas más altas, con 26.5% y 28% respectivamente. El 1% de los CM se presenta en hombres.

Para el Instituto Oncológico Ángel H. Roffo (2018) en nuestro país, la incidencia de cáncer se estima en 200.000 por año, constituyendo la segunda causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares. Esta entidad produce 1 de cada 3 muertes en mujeres menores de 65 años.

Como aspectos psicológicos asociados al Cáncer de Mama, a partir de la comunicación del diagnóstico, comienza una experiencia que desencadena una serie de respuestas físicas y emocionales en la persona. Predomina una preocupación intensa por la lucha entre la vida y la muerte, acompañada de emociones negativas como ansiedad y depresión, y la interrupción de las actividades diarias. La ansiedad y la depresión son aspectos psicológicos relevantes en el contexto del CM, ya que pueden influir tanto en la calidad de vida de las pacientes como en la evolución de la enfermedad. Se ha demostrado en estudios la asociación entre altos niveles de ansiedad y depresión y un peor pronóstico en el tratamiento del cáncer de mama. (Bower et al. 2019)

La ansiedad, una respuesta adaptativa ante situaciones inciertas, puede convertirse en patológica por su exceso en frecuencia, intensidad o duración (Muñoz y Bernal, 2016). A nivel fisiológico, se manifiesta mediante la alteración del ritmo cardíaco y otros síntomas físicos (Clark y Beck, 2012).

El trastorno de ansiedad, en aumento reciente, impacta el funcionamiento cognitivo y diario, persiste en la aprehensión, da lugar a falsas alarmas y genera hipersensibilidad al estímulo (Clark y Beck, 2012). En pacientes con cáncer de mama, la ansiedad es frecuente, especialmente al momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en cirugías (Canicali et al., 2012).

Martínez et al. (2014) indican que las reacciones de las pacientes con cáncer de mama pueden manifestarse interpersonal o socialmente, incluyendo emociones como miedo, ira, placer y tristeza, así como cambios fisiológicos como aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica, y disminución de la irrigación sanguínea de la piel. Por otro lado, Muñoz y Bernal (2016) encontraron que las pacientes experimentan ansiedad en momentos clave como el diagnóstico, tratamiento y cirugías. Estas experiencias están vinculadas a la percepción de la cercanía de la muerte, creencias sobre la enfermedad, anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, sensación de pérdida de control y problemas en el entorno, lo que genera temor a no recuperarse. El dolor severo durante el tratamiento también puede incrementar los niveles de ansiedad (Muñoz y Bernal, 2016).

Se observó durante procedimientos como la colocación del catéter para quimioterapia, las pacientes experimentan elevados niveles de ansiedad debido a la espera, falta de información y miedo al dolor o complicaciones (Lugo, Becerra y Reynoso, 2013). Estudios muestran que la ansiedad disminuye con intervenciones psicológicas antes, durante y después del procedimiento (Lugo, Becerra y Reynoso,

2013). En pacientes mastectomizadas, el procedimiento quirúrgico genera emociones como frustración, tristeza y enojo, así como trastornos de ansiedad y depresión, relacionados con el estrés del cáncer (Martínez et al., 2014). Canicali et al. (2012)

El temor a sufrir una recidiva también está relacionado con la respuesta emocional que la paciente ha tenido al proceso previo. En algunas pacientes este temor persiste durante el resto de sus vidas, sufriendo exacerbaciones en las visitas de control o con los problemas físicos intercurrentes. Incluso el hecho de ser dadas de alta es vivida con angustia al desaparecer la sensación de vigilancia que los cuidados médicos representaban. (Muñoz y Bernal (2016).

La depresión en pacientes con Cáncer de Mama tiene una mayor susceptibilidad, ya que su cuerpo experimenta cambios metabólicos y endocrinos debidos a la enfermedad. Además, el tratamiento suele ser debilitante, lo que afecta las respuestas inmunitarias y al dolor. En caso de detectar signos de depresión en pacientes con cáncer de mama, el equipo médico sigue un protocolo que incluye la derivación a un profesional de la salud mental para una evaluación psicológica y apoyo durante el tratamiento (Adorno, 2018).

La tristeza y el ánimo depresivo son respuestas emocionales comunes en mujeres con cáncer de mama, lo que puede resultar en un deterioro funcional, social y laboral, generando malestar en varios aspectos de sus vidas. Los síntomas característicos de un trastorno depresivo, como el insomnio, la pérdida de apetito, el adelgazamiento, la anhedonia y la abulia, también suelen manifestarse en estas personas (Adorno, 2018).

Estudios sobre la presencia de trastornos psicológicos en mujeres con cáncer de mama han revelado que la psicopatología depresiva y el malestar emocional son prevalentes en esta población, incluso presentando una prevalencia superior a la de la población general. Sin embargo, debido a las diferencias en los métodos utilizados en

estos estudios, los resultados varían ampliamente y no se ha establecido una prevalencia definitiva (Escalante, Ledezma, Bautista y Fernández-Delgado, 2020).

Varios autores mencionan las diferentes tasas de prevalencia de trastornos psicológicos, especialmente los de naturaleza emocional, en pacientes con cáncer. Según Muñoz Algar y Bernal García (2016), la prevalencia de trastornos psicológicos en pacientes con cáncer varía ampliamente, oscilando entre el 5% y el 20% dependiendo de la metodología utilizada en los estudios. Una revisión sistemática realizada por Maass et al. (2015), que abarcó 17 estudios y 12,499 mujeres con cáncer de mama, encontró una prevalencia a largo plazo de depresión entre el 9,4% y el 66,1%, mientras que para síntomas graves fue del 3% al 41,7%.

Según una publicación de la Sociedad Americana de Cáncer (2015), aproximadamente el 25% al 35% de las mujeres con cáncer experimentan síntomas depresivos, y este porcentaje aumenta hasta un 50% en etapas avanzadas de la enfermedad, durante la hospitalización o la quimioterapia (Muñoz Algar y Bernal García, 2016). Estos datos estadísticos sugieren una alta prevalencia de trastornos emocionales en mujeres con cáncer de mama, aunque no existe una cifra clara que establezca esta prevalencia. Esto resalta la importancia de controlar y tratar las respuestas emocionales en estas pacientes, ya que muchos de estos trastornos no son abordados adecuadamente debido a la percepción errónea de que son una respuesta normal ante la enfermedad neoplásica, a pesar de que a menudo indican alteraciones psicológicas graves. Tanto para los profesionales como para los pacientes, reconocer estas alteraciones emocionales será de vital importancia para poder proporcionar una asistencia integral al enfermo oncológico. (Escalante, Ledezma, Bautista y Fernández-Delgado, 2020).

El cáncer de mama desde una perspectiva biológica, se caracteriza por un desequilibrio genético que provoca un crecimiento descontrolado de células en la glándula mamaria. Este desequilibrio afecta la regulación entre la proliferación celular y la muerte celular normal, lo que resulta en la formación de células malignas capaces de invadir y destruir tejidos cercanos, así como de diseminarse a otras partes del cuerpo. Sin un tratamiento adecuado, estas células pueden evolucionar y llevar a la muerte. García et al. (2016).

Este tipo de cáncer que comienza en el tejido mamario y es más común en mujeres, aunque también puede desarrollarse en hombres. A menudo, se identifica por la presencia de bultos en la mama, alteraciones en la piel o pezón, o secreciones inusuales. (Arango-Lasprilla, 2016).

El tratamiento del cáncer de mama puede variar dependiendo del tipo y la etapa de la enfermedad, puede incluir cirugía, radioterapia y quimioterapia. La detección temprana es fundamental para el éxito del tratamiento, por lo que se recomienda a las mujeres de 50 años realizar mamografías de manera regular y a las mujeres más jóvenes realizar autoexámenes mamarios periódicos para detectar posibles cambios (Ramírez, 2018).

El tratamiento quirúrgico también llamado Mastectomía. Es de los tratamientos en casos extremos y solo si es necesario, al ser es un proceso de mutilación con un alto grado de deformación en la imagen corporal. El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: el significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación, y la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal.(López-López y Rodríguez-Domínguez 2019).

En las intervenciones quirúrgicas mayores existen diferentes tipos de mastectomía, como describe Padilla (1985) entre ellos los más comunes son:

- Mastectomía Radical: extirpación de la mama con músculos pectorales ganglios linfáticos axilares, piel y tejido subcutáneo acompañantes.
- Mastectomía Radical modifica: También conocida como mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar: extirpación de la mama con ganglios linfáticos axilares, piel, aponeurosis del músculo pectoral mayor y tejido subcutáneo acompañantes, pero sin músculos pectorales.
- Mastectomía total o simple: extirpación de todo el tejido de la mama, incluidos el pezón, la areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor preservando ambos músculos pectorales, no hay vaciamiento ganglionar ni resección de los músculos de la pared torácica.
- Simple ampliada: extirpación de la mama en continuidad con los ganglios linfáticos axilares.
- Cuadrantectomía: también conocida como mastectomía parcial, resección de todo el cuadrante de la mama que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre y la aponeurosis del pectoral mayor.

Dentro de las intervenciones quirúrgicas menores en el tratamiento del cáncer, encontramos la extracción quirúrgica de secciones de la mama y de su soporte anatómico en relación al progreso del tumor. Se les llama también cirugía conservadora de la mama y en las últimas décadas suelen ser las intervenciones preferidas del oncólogo. Dentro de estas encontramos la tumorectomía –extirpación del tumor conservando el tejido circundante-, lumpectomía, el vaciamiento axilar - extirpación quirúrgica de los ganglios axilares- y la interrupción de las vías de dolor (Padilla, 1985).

El tratamiento de quimioterapia se entiende como tratamiento mediante sustancias químicas. Es un tipo de tratamiento coadyudante sistémico enfocado a

reducir de manera sustancial el número de células cancerosas de focos metastásicos en órganos distantes, estos focos metastásicos son llamados micrometástasis dado que son lesiones no viables de detectar mediante el examen físico o con el estudio radiológico. Se hace necesario el uso de quimioterapia en estadios metastásicos del CaMa, dado que aquellas pacientes mueren a causa de su enfermedad debido a las metástasis en órganos distantes que se producen años o meses después del diagnóstico oncológico.(López-López y Rodríguez-Domínguez 2019).

La radioterapia es el empleo de partículas o rayos ionizantes de alta energía para tratar el cáncer, puesto que ocasiona destrucción celular. La radiación ionizante de alta energía destruye la capacidad de las células cancerígenas para crecer y multiplicarse, por lo cual afecta tanto células malignas como células normales en división. Es un tratamiento localizado que se utiliza solo o combinado con otras modalidades terapéuticas como la cirugía o la quimioterapia, o ambas. (López-López y Rodríguez-Domínguez 2019).

El tratamiento post alta son los controles posteriormente a los tratamientos anteriores. Se realiza un chequeo de diagnóstico por imagen y exámenes de laboratorio para verificar la erradicación del tumor. Los procedimientos del Instituto Oncológico A. Roffo (2018) sugieren controles médicos generales cada seis meses como chequeos de rutina.

En esta fase el paciente suele experimentar amenaza o temor a que regrese el cáncer debido a los tratamientos ya empleados. La angustia del paciente y de los familiares podría aumentar. (Bardwell y col., 2016).

A partir de lo expuesto surge la pregunta si existen diferencia de ansiedad y depresión en paciente con CM, según el estadio del tratamiento.

Como objetivo general de investigación es comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama, según el estadio del tratamiento que se encuentren. De dicho objetivo surgen los siguientes objetivos específicos: caracterizar a la muestra según variables sociodemográficas; describir el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama en cada estadio del tratamiento y describir el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama en cada estadio del tratamiento.

Planteando las siguientes hipótesis: las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentan niveles significativos de ansiedad y depresión a lo largo del proceso de tratamiento, y que estos síntomas varíen según la etapa del tratamiento (H1), como también, la ansiedad será una constante a lo largo del tratamiento, mientras que la depresión podría manifestarse de manera más pronunciada en ciertas etapas, como la post-cirugía o la quimioterapia (H2).

Metodología

Diseño.

Estudio cuantitativo transversal, ex post- facto, correlacional, y descriptivo en cuanto a que se comparan grupos.

Muestra.

Muestra probabilística intencional. Una muestra de 120 pacientes del Instituto de Ontología Ángel H. Roffo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con cáncer de mama en diferentes etapas del tratamiento en edades comprendidas entre 26 y 76 años, media 56,58 (DE=8,76).

Integrada de la siguiente forma: Quirúrgico 40 (33,3 %); Quimioterapia 20 (16,7 %); Rayos 30 (25 %) y Post tratamiento 30 (25 %). (surgen del análisis de datos).

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mujeres
- Mujeres que hayan completado al menos una semana de tratamiento oncológico para cáncer de mama, ya sea quimioterapia, cirugía o radioterapia.
- Mujeres que se encuentren dentro de los primeros 6 meses posteriores a la finalización de las etapas de tratamiento para cáncer de mama.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes hombres
- Mujeres que reciban tratamiento oncológico hormonal.
- Mujeres que se encuentren pasados los 6 meses concluidos los tratamientos de quimioterapia, radioterapia o quirúrgicos

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad hoc, donde se pregunta edad, provincia/zona de residencia, estado civil, trabajo y modalidad de contratación, nivel económico autopercebido, afiliación religiosa e importancia que le otorga a la misma y estadio del tratamiento.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) adaptado en Argentina (Beck, Steer & Brown, 2006): Es una escala autoaplicada de 21 ítems usados para evaluar la presencia y severidad de los síntomas depresivos. Por cada ítem el sujeto puede seleccionar entre cuatro posibles alternativas que mejor reflejen su situación durante la última semana. La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los ítems y oscila en un rango de 0 a 63 puntos. Posee así mismo una adecuada validez para la detección de casos en la población general.

Confiabilidad y validez del instrumento

El BDI-II es una modificación del BDI que se adapta mejor a los criterios del DSM-IV. La consistencia interna de la adaptación argentina del BDI-II es de $a = .88$ para pacientes externos y de $a = .86$ para población general. La escala ha sido validada en Argentina en población clínica y población general, mostrando igual estructura factorial que la versión original, estabilidad test-retest a los 10 días, validez convergente con las escalas de depresión del SCL-90-R y del MMPI-2 y adecuados niveles de consistencia interna (Beck, Steer & Brown, 2006).

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory de Spielberger) está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas de 20 afirmaciones cada una que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) es una propensión ansiosa relativamente estable. En ella se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente y 2) La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado): es una condición emocional transitoria. Las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

Ambas escalas poseen una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4.

Confiabilidad y validez del instrumento

La versión argentina de esta escala demostró tener niveles de confiabilidad interna y test-retest adecuados y validez convergente, divergente y de constructo (Leibovich de Figueroa, 1991).

Procedimiento.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación a todos los participantes de la misma se los informó sobre los objetivos que tiene el estudio, se les remarcó la condición de anónimo que tiene el cuestionario y se les solicitó firmar un consentimiento que habilite a la publicación de los resultados obtenidos por la investigación, aclarando en todo momento que la participación es voluntaria.

Análisis de datos

Se procedió a utilizar el software SPSS v. 21 de 64 bits (IBM, 2012). La confiabilidad de los cuestionarios BDI e IDARE se corroboró mediante el índice de consistencia interna [α de Cronbach]. A su vez se llevaron a cabo las pruebas de normalidad. Se hicieron análisis de correlación y de comparativa de grupos, utilizando como parámetro para el análisis de las variables el nivel de significación del 5%, y en ambos casos resultaron de distribución no paramétrica. Por tanto, para las correlaciones bivariadas se utilizó Rho de Spearman, χ^2 para las comparaciones grupos del Cuestionario de depresión, obteniendo resultados parciales y el estadístico de Kruskal-Wallis para el Cuestionario de ansiedad cuyos resultados no fueron significativos. Asimismo, tampoco se procedió a analizar los resultados según la edad de las participantes por no obtenerse resultados significativos de p valor menor a 0,05. Por último, también se generaron los cálculos estadísticos de frecuencia tales como frecuencia y porcentaje, y descriptivos tales como medias, desvíos típicos y rangos.

Alfa de Cronbach

[BDI] Cuestionario Depresión .91

[IDARE] Cuestionario Ansiedad (escala total) .96

[IDARE] Cuestionario Ansiedad estado .95

[IDARE] Cuestionario Ansiedad rasgo .93

Resultados

Como se aprecia en la Tabla 1, la muestra se compone de 120 participantes, todas mujeres, y confirmado el diagnóstico y tratamiento para cáncer de mama. Como se puede visualizar, el estado civil, el 40,9 % está casada; una sola no tiene hijos (0,8 %), las demás tiene un mínimo de 1 (24,2 %) y un máximo de 6 (0,8 %). En cuanto a las

zonas de residencia, Ciudad autónoma de Buenos Aires es el de mayor porcentaje 48,3 % seguido de Gran Buenos Aires con 43,3 %. Mientras que el 34,2 % indicó que trabaja en relación de dependencia y el 32,5 % dijo no trabajar. El nivel educativo alcanzado se distribuye entre un 10 % con estudios Terciario incompletos, y un 35 % estudios universitarios completos. El 32,5 % prefirió no responder a la clase social percibida, ubicándose en la clase Baja 2,5%, en la Media baja 5,8 %, en la Media 20 %, en la Media alta el 26,7 % y en la Alta 12,5 % de las personas encuestadas.

Por otra parte, mientras que 91,7 % indicó alguna afiliación religiosa, indicando a su vez que esta era en poco importante en un 31,7 % de los casos, algo importante en el 41,7 % y muy importante en el 23,3 %;l 3,3 % restante no dio importancia a la religión. Y por último, en etapa del tratamiento indicaron en un 33,3 % en quirúrgico, un 16,7 % en Quimioterapia, un 25 % en Rayos y Post tratamiento el 25 % restante.

En la tabla uno se puede observar que se calculó la edad de las participantes, observándose que tienen entre 26 y 76 años, siendo la media 56,58 (DE= 8,76) años.

Tabla 1

Descripción de variables sociodemográficas

Variable	Etiqueta	N	%
Estado civil	Soltero/a	1	0.8
	Convive	26	21.7
	Casado/a	49	40.8
	Separado/a	21	17.5
	Divorciado/a	10	8.3
	Viudo/a	13	10.8
Cantidad de hijos	Sin hijos	1	0.8
	1	29	24.2

	2	40	33.3
	3	40	33.3
	4	9	7.5
	6	1	0.8
Zona de residencia	CABA	58	48.3
	GBA	52	43.3
	Sta Fe	5	4.2
	Misiones	3	2.5
	Chaco	1	0.8
	Sta. Cruz	1	0.8
Trabajo	Relación de dependencia	41	34.2
	Independiente	38	31.7
	Ambos	2	1.7
	No trabaja	39	32.5
Modalidad laboral	Privado	51	42.5
	Público	27	22.5
	Ambos	2	1.7
	Otro	1	0.8
Nivel educativo alcanzado	Secundario incompleto	13	10.8
	Secundario completo	15	12.5
	Terciario incompleto	12	10
	Terciario completo	23	19.2
	Universitario incompleto	15	12.5
	Universitario completo	42	35
Clase social percibida	Prefiere no decir	39	32.5
	Baja	3	2.5

	Media baja	7	5.8
	Media	24	20
	Media alta	32	26.7
	Alta	15	12.5
Religión	Católica	103	85.8
	Protestante	4	3.3
	Evangelista	2	1.7
	Ateo	1	0.8
	Ninguna	3	2.5
	Otra	7	5.8
Importancia religión	Nada importante	4	3.3
	Poco importante	38	31.7
	Algo importante	50	41.7
	Muy importante	28	23.3
Etapas del tratamiento	Quirúrgico	40	33.3
	Quimioterapia	20	16.7
	Rayos	30	25
	Post tratamiento	30	25

N = 120

Para describir los resultados de la muestra en función de los instrumentos, se procedió a evaluar el cuestionario BDI para depresión y el de ansiedad IDARE, ambos siendo consistente con las estructuras originales de los instrumentos y con sus adaptaciones, en todos los casos se calcularon los puntajes mínimos y máximos, así como media y desvíos para cada una de las subdimensiones. Todo esto puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2*Estadísticos descriptivos para los cuestionarios BDI e IDARE*

Variable	Etiqueta/Dimensión	Min	Max	M
Edad de la persona				56.58
encuestada	-	26	76	(8.76)
				16.95
Antigüedad laboral	-	0	42	(13.05)
[BDI] Cuestionario Depresión	1. Estado de ánimo	0	3	0.91 (0.87)
	2. Pesimismo	0	3	0.97 (1.05)
	3. Sentimientos de fracaso	0	3	0.51 (0.91)
	4. Insatisfacción	0	3	1,2 (1.1)
	5. Sentimientos de culpa	0	2	0.42 (0.55)
	6. Sentimientos de castigo	0	1	0.45 (0.5)
	7. Odio a mí mismo	0	3	1.56 (1.12)
	8. Autoacusación	1	3	2.15 (0.58)
	9. Impulsos suicidas	0	2	0.13 (0.42)
	10. Períodos de llanto	0	3	1.61 (1.31)
	11. Irritabilidad	0	3	1.94 (1.01)
	12. Aislamiento social	0	3	1.22 (1.10)
	13. Indecisión	0	3	1.74 (1.12)
	14. Imagen corporal	0	3	1.52 (0.82)
	15. Capacidad laboral	0	3	1.84 (0.84)
	16. Trastorno de sueño	0	3	1.41 (1.05)
	17. Cansancio	0	3	1.48 (0.85)
	18. Pérdida de apetito	0	3	1.61 (0.91)

	19. Pérdida de peso	0	3	1.38 (1.11)
	20. Hipocondría	0	3	1.79 (0.91)
	21. Libido	0	3	2 (0.95)
				59.88
[IDARE] Ansiedad estado	-	26	75	(9.34)
				54.4
[IDARE] Ansiedad rasgo	-	24	77	(10.75)

N = 120. Min, mínimo; Max, Máximo; M, media; Ds,

Desvío típico,

En la Tabla 3 se procedió a realizar el estadístico descriptivo del cuestionario BDI arrojando datos según los parámetros de depresión mínima en las dimensiones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12 y 19. Leve para 17 y 18. Moderada en las dimensiones 7, 8, 11, 13, 14 y 16. Y severo en las dimensiones 10 y 21.

Tabla 3

Análisis descriptivo para las dimensiones de la depresión en la muestra.

Variable	Dimensión	Mínimo	Leve	Moderado	Severo
[BDI] Cuestionario					
Depresión	1. Estado de ánimo	40.83	29.17	28.83	1.67
	2. Pesimismo	41.67	35	8.33	15
	3. Sentimientos de				
	fracaso	72.50	10	11.67	5.83
	4. Insatisfacción	40	20	20	20
	5. Sentimientos de				
	culpa	61.67	35	3.33	-

6. Sentimientos de				
castigo	55	45	-	-
7. Odio a mí mismo	31.67	-	49.17	19.17
8. Autoacusación	-	10.83	63.33	25.83
9. Impulsos suicidas	90	6.67	3.33	-
10. Períodos de llanto	35.83	5	21.67	37.50
11. Irritabilidad	14.17	11.67	40	34.17
12. Aislamiento				
social	36.67	20	28.33	15
13. Indecisión	22.50	11.67	35	30.83
14. Imagen corporal	10.83	36.67	42.50	10
15. Capacidad laboral	9.17	16.67	55	19.67
16. Trastorno de				
sueño	25.83	25	31.67	17.50
17. Cansancio	10.83	42.50	34.17	12.50
18. Pérdida de apetito	7.50	45.83	25	21.67
19. Pérdida de peso	29.17	25	25	20.83
20. Hipocondría	12.50	16.67	50	20.83
21. Libido	0.83	42.50	12.50	44.17

N = 120; para todos los casos se muestran los porcentajes obtenidos en cada una de las subescalas.

Continuando con el análisis, las personas encuestadas mostraron elevados indicadores de ansiedad estado y moderado en la ansiedad rasgo. Resultados que pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4*Análisis descriptivo de la ansiedad estado y rasgo en la muestra*

Variable		%	R
[IDARE] Ansiedad estado	Mínimo	5.83	26-37
	Moderado	43.33	42-60
	Elevado	50.84	61-75
[IDARE] Ansiedad rasgo	Mínimo	12.50	24-39
	Moderado	60.83	41-60
	Elevado	26.67	61-77

N= 120.

En la tabla 5 puede visualizarse la comparación de la depresión según la etapa de tratamiento de las participantes, encontrándose valores leves en *Sentimiento de castigo* en la etapa quirúrgica, moderados en *Odio a mí mismo* en etapa quirúrgica y de rayos. Y leves en *cansancio* de la etapa quirúrgica.

Tabla 5*Comparación depresión según etapa de tratamiento*

		Etapa del tratamiento					
Variable	Dimensión		Qx	Qt	Ray	Pt	Sig.
[BDI] Cuestionario	6. Sentimientos de						
Depresión	castigo	Mín	18	17	14	17	.021
		Leve	22	3	16	13	
	7. Odio a mí mismo	Mín	14	9	8	7	.046
		Mod	18	11	18	12	

	Sev	8	0	4	11	
17. Cansancio	Mín	3	6	3	1	.029
	Leve	18	3	16	14	
	Mod	13	10	6	12	
	Sev	6	1	5	3	

Nota 1: Estadístico utilizado Chi². Nota 2: No se incluyeron las dimensiones que superan el nivel de significación del 0,05. Nota 3: Qx, quirúrgico; Qt, quimioterapia; Ray, rayos; Pt, postratamiento. Min, mínimo; Lev, leve; Mod, moderado; Sev, severo.

Como se anticipó, en la comparación de ansiedad estado y rasgo según etapa del tratamiento el *p* valor no resultó significativo, así como tampoco en la comparación del grupo según las edades de las encuestadas, para ninguna de las variables de estudio.

Discusión y Conclusiones

En esta investigación se observa un nivel poco significativo ansiedad y depresión de las pacientes en los distintos estadios del tratamiento; en contraste a lo que plantean algunos autores cuando describen a las mujeres con CM con altos niveles de ansiedad y depresión a partir del desgaste emocional causado por los síntomas y efectos del tratamiento asociados con la situación adversa, lo cual afecta la calidad de vida y el funcionamiento de las personas (Gold, 2016; Salibasic & Delibegovi, 2018; Valderrama & Sánchez, 2017). Si bien el cáncer de mama se percibe como un evento traumático para las mujeres después de su diagnóstico, ya que ven cómo su cuerpo y estilo de vida se ven afectados por el tratamiento, lo que resulta en diversos síntomas que limitan sus actividades diarias y su visión del futuro (Amiel, Fisher, Carver & Antoni, 2016; Cano, 2005; Nikbakhsh, Moudi, Abbasian & Khafri, 2014); en el presente estudio no se refleja lo esperado en la primer hipótesis.

Se pudo observar una disminución en la salud global y el funcionamiento emocional, social y la toma de decisiones, junto con un aumento de síntomas como pérdida de apetito, fatiga e insomnio. Esto podría atribuirse a la presencia y preocupación por la sintomatología física que debilita a las personas para realizar actividades de autocuidado y cumplir con sus roles diarios (Daldoul, et al., 2018; Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009; Valderrama & Sánchez, 2017).

Al examinar la relación entre la ansiedad y depresión, se encontraron correlaciones negativas con la salud global y el funcionamiento físico, cognitivo y social posiblemente debido a los diferentes tratamientos independientemente de la fase que se encuentren, los cuales afectan tanto la salud física como emocional de las personas (Dragomir, Fodoreanu & Rancea, 2013). En cuanto a los síntomas, se pudo describir que la ansiedad se encuentra presente en niveles moderados en cada fase

del tratamiento, mientras que la depresión se relaciona más en las fases del tratamiento de quimioterapia y quirúrgicos lo que da cuenta de nuestra segunda hipótesis.

Esto sugiere que los problemas emocionales están estrechamente vinculados en estas fases con la carga de síntomas, la cual depende de cómo la persona interpreta y afronta esta situación amenazante, al sentir su cuerpo debilitado y vulnerable debido a la enfermedad y sus tratamientos, lo que resulta en una disminución de la calidad de vida debido al constante riesgo de muerte (Fatiregun, et al., 2017; Ng, et al., 2017).

En cuanto al efecto predictivo de las variables, se observó que la ansiedad tiene un impacto negativo en la calidad de vida en términos de salud global. El cáncer de mama es una enfermedad impactante que provoca emociones negativas como la ansiedad en las mujeres, debido a la tensión continua en sus vidas causada por la carga sintomática de la enfermedad y las reacciones al tratamiento (Akechi, 2015; Gercovich, et al., 2012).

La ansiedad predominó en cada fase del tratamiento al tener un efecto negativo en el funcionamiento físico, y social, lo que implica una percepción de baja calidad de vida debido a la vulnerabilidad causada por los síntomas que interfieren con las actividades diarias de autocuidado y tareas que desempeñan en sus vidas, generando malestar a partir de la autopercepción de no poder valerse por sí mismas debido a la disminución de su condición física (Akechi, 2015; Galán & Camacho, 2012).

Como se puede observar, la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama depende de cómo perciben el impacto de los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos destinados a mejorar su salud y salvar sus vidas. Los resultados de este estudio muestran que la ansiedad afecta en síntomas y la depresión afecta ante la sensación de amenaza a la supervivencia. Esta coherencia refleja la preocupación, desesperanza y angustia al enfrentar la vulnerabilidad física, emocional,

cognitiva y social que interfiere con la percepción de la salud global, el desempeño de las actividades diarias en diversos contextos (Lerma-Talantes, Larios-Jiménez, Daneri-Navarro, Lerma & Robles-García, 2017; Robles et al., 2009).

El estrés se suma a la sintomatología ansiosa al afectar la forma en que las personas afrontan y resuelven sus problemas, ya que se ven superadas por los síntomas, el deterioro físico y, sobre todo, por la preocupación e incertidumbre sobre su salud, el efecto del tratamiento, la evolución de la enfermedad.

Se concluye que la depresión es el factor psicológico más influyente en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, lo que afecta negativamente su salud global y su funcionamiento, especialmente en aspectos físicos, cognitivos y sociales y se relaciona con síntomas insomnio, fatiga y pérdida de apetito y el dolor, aunque su influencia es menos pronunciada. Por otro lado, la ansiedad no mostró un efecto predictivo significativo, a diferencia de lo esperado según estudios anteriores que suelen asociar niveles altos en relación al estadio del tratamiento al cáncer de mama. En este estudio, la relación entre los síntomas ansiedad y la calidad de vida es débil, y su efecto predictor se diluye. Investigaciones previas han demostrado que la depresión y la ansiedad pueden tener un impacto negativo en la respuesta al tratamiento y la supervivencia de los pacientes con cáncer de mama. Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud consideren la evaluación y manejo de la salud mental como parte integral del plan de tratamiento de estas pacientes.

Sin embargo, las comparaciones realizadas según la etapa del tratamiento y la edad de las pacientes revelan algunas discrepancias. Mientras que se encontraron diferencias significativas en algunas dimensiones de la depresión según la etapa del tratamiento, no se observaron diferencias en la ansiedad. Esto podría indicar que la

ansiedad es una constante a lo largo del proceso de tratamiento y no está necesariamente relacionada con factores como la edad.

Es importante tener en cuenta que estas conclusiones se basan en un estudio cuantitativo de corte transversal con una muestra intencional, por lo que se recomienda continuar evaluando estas variables en muestras más amplias que incluyan mujeres en diferentes etapas de la enfermedad y con diversos tratamientos. Además, se sugiere la realización de estudios mixtos y longitudinales con el apoyo del sector salud para comprender mejor el comportamiento de estas variables en el contexto del cáncer de mama en los diferentes tratamientos.

Referencias Bibliográficas

- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605-19. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.4611
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). *Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life*. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-753. DOI:10.1200/JCO.2000.18.4.743
- Barreda Sánchez-Pachas, D. V (2018). *Revista de Investigación en Psicología*. Vol. 22 N.º 1 - 2019, pp. 39 – 52 DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- González, C. M., Calva, E. A., Zambrano, L. M. B., Medina, S. M., & López, J. R. P. (2018). *Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica*. *Psicología y Salud*, 28(2), 155-165. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2551>
- Hernández Silva, M. A., Ruiz Martínez, A. O., González Escobar, S., & González-Celis Rangel, A. L. M. (2020). *Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad*

de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. Acta de investigación psicológica, 10(3), 102-111. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>

Martínez Valero, C. (2011). Psico-oncología e indefensión aprendida: un estudio clínico (Doctoral dissertation, Granada: Universidad de Granada). DOI: 9788469413692

Meseguer, M. R. N., Lisbona, L. Y., Blázquez, B. S., Díez, M. M. M., Gutiérrez, S. M., Franco, R. C., ... & Urizar, J. L. M. (2013). *Valor pronóstico de los receptores hormonales, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano, ciclinas D1 y D2, B-Cell Lymphoma2 y ciclooxigenasa-2 en pacientes jóvenes con cáncer de mama*. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(5), 242-247. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2012.07.010>

Moreau, J. S. M. D. R., & Tinetti, C. R. D. C. *Pautas en Oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer*. Instituto de Oncología Angel H Roffo. Universidad de Buenos Aires

Anexos

Lo invitamos a colaborar en una Investigación en la que se estudia el nivel de ansiedad y tipo de depresión en pacientes oncológicos en distintas etapas del tratamiento, del Instituto de Ontología Ángel H. Roffo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por este motivo su colaboración en este estudio es de suma importancia. Su participación es voluntaria. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario

Datos Sociodemográficos:

a. Edad: _____ años.

b. Sexo: ☐ 1. Hombre - ☐ 2. Mujer

c. Estado civil:

- ☐ 1. Soltero/a
- ☐ 2. Convive/Pareja de hecho
- ☐ 3. Casado/a
- ☐ 4. Separado/a
- ☐ 5. Divorciado/a
- ☐ 6. Viudo/a
- ☐ 7. En pareja

d) Zona de residencia: (Indique con una cruz la opción que corresponda):

- 1. Ciudad de Buenos Aires ☐ Indicar barrio _____
- 2. Gran Buenos Aires (Conurbano) ☐ Indicar Localidad _____
- 3. Interior del país ☐ Indique Provincia _____

e) ¿Tiene hijos? (Indique con una cruz)

1. Sí ☐ 2. No ☐

e.1) Si tiene hijos: ¿Cuántos? _____ (Indique número)

f) Usted trabaja: (Indique con una cruz)

- 1. En relación de Dependencia ☐
- 2. De manera Independiente ☐
- 3. Ambos ☐
- 4. No trabaja ☐

g) Remuneración que recibe por su trabajo en forma mensual (en pesos): (Indique con una cruz)

1. Hasta 100.000 ☐
2. De 100.000 a 200.000 ☐
3. De 200.000 a 300.000 ☐
4. De 300.000 a 500.000 ☐
5. De 500.000 a 1.000.000 ☐
6. Más de 1.000.000 ☐

h) ¿Cuántos años hace que trabaja?_____ (Indique número)

i) Usted trabaja en el ámbito: (Indique con una cruz)

1. Privado ☐
2. Público ☐
3. Ambos ☐
4. Otro ☐ Especifique_____

j) ¿Qué puesto ocupa en la organización en que trabaja? (Indique con una cruz)

1. Operativo/administrativo ☐
2. Vendedor/ Atención al cliente ☐
3. Supervisor ☐
4. Jefe ☐
5. Gerente ☐
6. Director ☐
7. Dueño ☐
8. Otro ☐ Especifique_____

k) ¿Cuál es su Máximo Nivel de Educación Alcanzado? (Indique con una cruz)

1. No asistió ☐
2. Primario incompleto ☐
3. Primario completo ☐
4. Secundario Incompleto ☐
5. Secundario Completo ☐
6. Terciario Incompleto ☐
7. Terciario Completo ☐
8. Universitario Incompleto ☐
9. Universitario Completo ☐

k.1) En caso de tener estudios terciarios o universitarios completos indique el título que le fue otorgado:

l) ¿Cree Usted en alguna Religión? (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Católica ☐
2. Judía ☐
3. Protestante ☐
4. Evangelista ☐
5. Agnóstico/a (desconoce lo divino) ☐
6. Ateo/a (no cree en la existencia de Dios) ☐
7. Ninguna ☐
8. Otra ☐ Indique cuál: _____

I.1) Pensando en la respuesta que eligió en la pregunta anterior, ¿qué importancia tiene en su vida cotidiana

Nada importante	Poco importante	Algo importante	Muy importante
1.φ	2.φ	3.φ	4.φ

m) Zona del cuerpo afectada con cáncer. _____

n) Etapa del tratamiento oncológico en el que se encuentra actualmente. Indique con una cruz.

_ Quirúrgico _____

_ Quimioterapia _____

_ Rayos _____

_ Post Tratamiento _____

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Por favor indique con una cruz al lado de cada frase que mejor refleje su situación actual.

1. ESTADO DE ÁNIMO

_ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos _____

_ No me encuentro triste _____

_ Me siento algo triste y deprimido _____

_ Ya no puedo soportar esta pena _____

_ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar _____

2. Pesimismo

_ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro _____

_ Creo que nunca me recuperaré de mis penas _____

_ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal _____

_ No espero nada bueno de la vida _____

_ No espero nada. Esto no tiene remedio _____

3. Sentimientos de fracaso

_ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, etc.) _____

_ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente _____

_ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena _____

_ No me considero fracasado _____

_ Veo mi vida llena de fracasos _____

4. Insatisfacción

_ Ya nada me llena _____

_ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo _____

_ Ya no me divierte lo que antes me divertía _____

_ No estoy especialmente insatisfecho _____

_ Estoy harto de todo _____

5. Sentimientos de culpa ☐ A veces me siento despreciable y mala persona _____ ☐ Me siento bastante culpable _____ ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable _____ ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable _____ ☐ No me siento culpable _____
6. Sentimientos de castigo ☐ Presiento que algo malo me puede suceder _____ ☐ Siento que merezco ser castigado _____ ☐ No pienso que esté siendo castigado _____ ☐ Siento que me están castigando o me castigarán _____ ☐ Quiero que me castiguen _____
7. Odio a sí mismo _____ ☐ Estoy descontento conmigo mismo _____ ☐ No me aprecio _____ ☐ Me odio (me desprecio) _____ ☐ Estoy asqueado de mí _____ ☐ Estoy satisfecho de mí mismo _____
8. Autoacusación ☐ No creo ser peor que otros _____ ☐ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal _____ ☐ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre _____ ☐ Siento que tengo muchos y muy graves defectos _____ ☐ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores _____
9. Impulsos suicidas ☐ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo _____ ☐ Siento que estaría mejor muerto _____ ☐ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera _____ ☐ Tengo planes decididos de suicidarme _____ ☐ Me mataría si pudiera _____ ☐ No tengo pensamientos de hacerme daño _____
10. Períodos de llanto ☐ No lloro más de lo habitual _____ ☐ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo _____ ☐ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo _____ ☐ Ahora lloro más de lo normal _____
11. Irritabilidad ☐ No estoy más irritable que normalmente _____ ☐ Me irrito con más facilidad que antes _____ ☐ Me siento irritado todo el tiempo _____ ☐ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba _____
12. Aislamiento social ☐ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto _____ ☐ Me intereso por la gente menos que antes _____ ☐ No he perdido mi interés por los demás _____

_ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos _____ _____
13. Indecisión _ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones _____ _ Tomo mis decisiones como siempre _____ _ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto _____ _ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda _____
14. Imagen corporal _ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado _____ _ Me siento feo y repulsivo _____ _ No me siento con peor aspecto que antes _____ _ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo) _____
15. Capacidad laboral _ Puedo trabajar tan bien como antes _____ _ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa _____ _ No puedo trabajar en nada _____ _ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo _____ _ No trabajo tan bien como lo hacía antes _____
16. Trastornos del sueño _ Duermo tan bien como antes _____ _ Me despierto más cansado por la mañana _____ _ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir _____ _ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche _____ _ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme _____ _ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas _____ _ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas _____ _ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas _____
17. Cansancio _ Me canso más fácilmente que antes _____ _ Cualquier cosa que hago me fatiga _____ _ No me canso más de lo normal _____ _ Me canso tanto que no puedo hacer nada _____
18. Pérdida de apetito _ He perdido totalmente el apetito _____ _ Mi apetito no es tan bueno como antes _____ _ Mi apetito es ahora mucho menor _____ _ Tengo el mismo apetito de siempre _____
19. Pérdida de peso _ No he perdido peso últimamente _____ _ He perdido más de 2,5 kg _____ _ He perdido más de 5 kg _____ _ He perdido más de 7,5 kg _____
20. Hipocondría _ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas _____ _ Estoy preocupado por dolores y trastornos _____ _ No me preocupa mi salud más de lo normal _____ _ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro _____

21. Libido

- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes _____
☐ He perdido todo mi interés por el sexo _____
☐ Apenas me siento atraído sexualmente _____
☐ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo _____

A continuación encontrará una frase que se utiliza corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase e indique con una cruz como se siente usted ahora mismo. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste la mejor respuesta que describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mi mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento desasosegado				
14. Me siento muy oprimido				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

	CASI NUNCA	AVECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena, sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				

30.Soy feliz				
31.Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32.Me falta confianza en mí mismo				
33.Me siento seguro				
34.No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35.Me siento triste (melancólico)				
36.Estoy satisfecho				
37.Me rondan y molestan sentimientos sin importancia				
38.Me afectan tantos los desengaños que no puedo olvidarlos				
39.Soy una persona estable				
40.Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

Muchas gracias por su colaboración.