

CONOCIMIENTOS SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE CÁNCER DE MAMA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES ADULTAS

Knowledge about diagnostic tests for breast cancer and psychological distress in adult women

DOI: <https://doi.org/10.35830/urp.v21i.655>

Yineth Alejandra Muñoz-Anaconda¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5958-5854>

Sergio Osvaldo Meza-Chavolla² ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0843-7595>

Alejandro Domínguez-Rodríguez^{3,4} ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3547-8824>

Leivy Patricia González-Ramírez⁵ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2952-2836>

Joel Omar González-Cantero¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2158-2903>

Paulina Erika Herdoiza-Arroyo⁶ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2287-816X>

Fabiola Macías-Espinoza¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0865-5058>

Reyna Jazmín Martínez-Arriaga¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0146-7660>

¹Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Jalisco, México

³University of Twente, Países Bajos

⁴Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España.

⁵Instituto Tecnológico de Monterrey, Guadalajara, México.

⁶Universidad Internacional del Ecuador, Ecuador.

RESUMEN

La detección oportuna del cáncer es trascendental para incrementar la sobrevivencia. Sin embargo, las pruebas de tamizaje están mediadas por el conocimiento que se tenga sobre ellas y el malestar psicológico subyacente. Este estudio tuvo por objetivo identificar los conocimientos sobre pruebas diagnósticas de cáncer de mama y los síntomas de malestar psicológico en mujeres que acuden a una clínica de mama. Se realizó un estudio transversal en 32 mujeres que acudieron a una clínica de mama para someterse a estudios de evaluación diagnóstica de cáncer de mama. Se utilizó una entrevista semiestructurada para valorar los conocimientos de las pruebas de evaluación diagnóstica y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para evaluar malestar psicológico. Se realizaron análisis descriptivos y la prueba χ^2 para conocer la asociación entre el malestar psicológico con los

conocimientos sobre pruebas diagnósticas. El 62% de las entrevistadas conocía las pruebas, los procedimientos y el examen que les realizarían en consulta. La más conocida fue la mastografía y los menos conocidos fueron la biopsia y el examen clínico. Se identificó sintomatología ansiosa en 50% y depresiva en 34% de la muestra estudiada. El 66% de las mujeres mencionaron encontrarse tranquilas previo a su estudio de tamizaje, sin embargo, algunas reportaron inquietud y preocupaciones relacionadas con el resultado de su examen y el posible dolor derivado del procedimiento. De acuerdo con la prueba χ^2 , no hubo asociación entre el malestar psicológico y los conocimientos sobre pruebas diagnósticas ni entre ansiedad y malestar psicológico. Es evidente la falta de conocimiento en pruebas diagnósticas como la biopsia, así como el malestar psicológico presentado en las mujeres estudiadas. Es importante promover la psicoeducación en

Recibido: 29 de diciembre de 2022. Aceptado: 1 de junio de 2023.

Correspondencia: Reyna Jazmín Martínez-Arriaga. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Sierra Mojada 950, Col. Independencia, C.P. 44340, Guadalajara, Jalisco, México. Correo electrónico: reyna.martinez@academicos.udg.mx

quienes se someten a estas pruebas, para incrementar un mayor control sobre su salud.

Palabras clave: diagnóstico, cáncer de mama, malestar psicológico, tamizaje de cáncer de mama.

ABSTRACT

Early detection of cancer is crucial for increasing survival rates. However, screening tests are influenced by the knowledge individuals have about them and the underlying psychological distress. This study aimed to identify knowledge about diagnostic tests for breast cancer and symptoms of psychological distress in women attending a breast clinic. A cross-sectional study was conducted with 32 women who visited a breast clinic for diagnostic evaluation of breast cancer. A semi-structured interview was used to assess knowledge of diagnostic evaluation tests, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to evaluate psychological distress. Descriptive analyses and the chi-square test were performed to determine the association between psychological distress and knowledge of diagnostic

tests. 62% of the participants were aware of the tests, procedures, and examinations that would be performed during their consultation. The most well-known test was mammography, while biopsy and clinical examination were the least known. Anxious symptoms were identified in 50% of the sample, and depressive symptoms in 34% of the studied population. 66% of the women reported feeling calm prior to their screening examination, although some expressed concerns and worries about the test results and potential procedure-related pain. According to the chi-square test, there was no association between psychological distress and knowledge of diagnostic tests, nor between anxiety and psychological distress. The lack of knowledge regarding diagnostic tests such as biopsy, as well as the psychological distress experienced by the women studied, is evident. It is important to promote psychoeducation for those undergoing these tests to enhance their control over their health.

Keywords: diagnosis, breast cancer, psychological distress, breast cancer screening.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de México (2011), para realizar un diagnóstico de cáncer de mama (en adelante CaMa), se recomienda que las mujeres, a partir de la menarquía lleven a cabo la autoexploración o autoexamen de seno en casa y, si detectan algún cambio, asistan al médico para realizarse los exámenes necesarios.

Una evaluación diagnóstica de CaMa consta de un examen clínico y otros estudios que se realizan, según el criterio médico. Algunos de ellos son la mastografía, ultrasonido, resonancia magnética y la biopsia (Instituto Nacional de Cáncer, 2013; Secretaría de Salud de México, 2011).

Rivero y García (2021) refieren que muchas organizaciones médicas no consideran la autoexploración como parte del proceso de detección del CaMa, debido a que no se conoce su efectividad directa en la detección o en la reducción de la mortalidad de mujeres ya diagnosticadas. Sin embargo, resaltan que el hecho de que cada mujer conozca sus pechos o mamas y las revise de forma constante, le permite conocer si existe algún cambio que la movilice en la búsqueda de atención médica. Esta situación favorece la consecución de diagnósticos probablemente más tempranos o que no se remitan a etapas más graves, incrementando la posibilidad de tener mejores pronósticos.

Hasta el 2020, en México y el mundo, el cáncer de mama, comparado con otros tipos de cáncer, ocupó el primer lugar en incidencia con una tasa de 40.5 casos nuevos y con una

mortalidad de 10.6 por cada 100 000 (The Global Cancer Observatory [Globocan], 2020). Además, entre los países de América, México ocupa el segundo lugar después de Estados Unidos, en el porcentaje de casos de cáncer de mama que se presentan a nivel mundial, con el 1.3% (Lei et al., 2021).

Se ha identificado que existe una asociación entre el retraso en el diagnóstico y la presencia de cáncer en un estadio clínico avanzado. Esto constituye un factor de riesgo y sugiere la relevancia de realizar labores educativas para que las mujeres conozcan y acudan a los programas de tamizaje para generar diagnósticos en estadios tempranos de la enfermedad (Martínez-Pérez et al., 2020). Por otro lado, se ha encontrado que la falta de recepción de información sobre el CaMa, reduce la tasa de detección en mujeres que se realizan estudios de mamografía (Cinar y Tuzcu, 2020).

Existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo relacionados con CaMa y la realización del autoexamen de mama. Es decir, si hay bajo conocimiento sobre los factores de riesgo, se tiene menor intención de acudir a los exámenes de detección (Nur, 2010; Salinas et al., 2018). En latinoamérica no se han encontrado estudios que refieran los niveles de conocimiento sobre el CaMa, sin embargo, Sim et al. (2009) reportaron niveles bajos de conocimiento sobre el CaMa en población femenina asiática, en temas como la detección, los factores de riesgo de CaMa, la sintomatología y alternativas de tratamiento.

Lo anterior conlleva a un posible retraso de los diagnósticos, así como en costos que serían mayores para el tratamiento de la enfermedad (de la Cruz-Aguirre et al., 2022). En este sentido, Cancela-Ramos et al. (2016) identificaron la importancia de generar programas de salud que brinden conocimientos sobre la técnica adecuada para realizar la autoexploración como etapa inicial del diagnóstico precoz del CaMa.

Por otro lado, con el fin de reducir la mortalidad por CaMa en México, a partir del año 2016, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha inaugurado diez unidades de diagnóstico y detección o clínicas de mama, ubicadas en varios estados. En dichas clínicas se ofrecen servicios especializados y exclusivos para la evaluación diagnóstica de CaMa (IMSS, 2020). Durante el año 2021, la clínica de mama de Guadalajara realizó 31 008 procedimientos de detección y/o diagnóstico como mastografías, ultrasonidos o biopsias a derechohabientes del IMSS por derivación de unidades de medicina familiar o clínicas de segundo y tercer nivel (Meza-Chavolla, 2021).

Sin embargo, algunos exámenes de evaluación diagnóstica utilizan elementos cortopunzantes o requieren intervenciones incómodas como desnudarse y/o permitir que los profesionales palpén los pechos. Estas técnicas pueden llegar a ser percibidas como invasivas e incrementar algunos síntomas de malestar emocional como ansiedad antes y/o durante los procedimientos. Asimismo, pueden llegar a presentar miedo al dolor posterior a dichos procedimientos, que también podría estar asociado a las ideas que se tienen sobre el posible resultado (Becerra et al., 2016; Brandon y Mullan, 2011).

Una muestra de lo anterior es el estudio de Melo et al. (2017), en el cual identificaron que un grupo de mujeres que iban a someterse a la extracción de un nódulo o tejido mamario con fines diagnósticos, tuvieron mayor prevalencia y valores más elevados de ansiedad estado, comparado con mujeres que se someterían a procedimientos quirúrgicos estéticos de mama, sin sospecha de CaMa.

Debido a lo descrito anteriormente, es importante evaluar el conocimiento que tienen las mujeres sobre las pruebas de tamizaje, así como el malestar psicológico previo a las mismas y que puede estar involucrado en la baja realización de este tipo de pruebas (Al-Naggar y Bobryshev, 2012; Mascara y Constantinou, 2021).

De acuerdo con lo anterior, el propósito de este estudio fue identificar los conocimientos que tienen las pacientes sobre las pruebas diagnósticas de CaMa y los síntomas de malestar psicológico que pueden presentar durante el proceso de sus estudios de tamizaje.

MÉTODO

Diseño de la investigación

Se llevó a cabo un estudio exploratorio, transversal, descriptivo, en mujeres que acudían a una clínica de mama.

Participantes

Se entrevistó a 32 participantes que fueron reclutadas a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia entre las mujeres que asistieron a la clínica de mama de una institución de salud pública mexicana que realiza estudios de detección y diagnóstico de CaMa. La edad promedio fue de 53.8 ± 7.5 años, la mayoría eran casadas o en unión libre ($n=17$, 53.1%), y se dedicaban al hogar ($n=14$, 43.8%). 30 (93.8%) fueron referidas por un médico de la misma institución de salud, una participante (3.1%) de forma voluntaria porque detectó un síntoma y otra (3.1%) voluntariamente como forma de prevención (ver tabla 1).

Como criterios de inclusión se consideraron mujeres mayores de 18 años que otorgaron su consentimiento informado y que asistieron a una clínica de mama de Guadalajara para realizarse pruebas diagnósticas de CaMa.

Escenario

La clínica de mama es una institución pública que brinda atención a derechohabientes del IMSS. En esta clínica se realizan únicamente pruebas de detección y diagnóstico de CaMa, para posteriormente derivar a las pacientes que requieran tratamiento oncológico, a otras clínicas.

Instrumentos

Características sociodemográficas y datos clínicos

Se creó una ficha de datos sociodemográficos y clínicos relevantes para el estudio. Los datos sociodemográficos incluidos fueron edad, escolaridad, estado civil, ocupación y si tenía hijos. Respecto a los datos clínicos se preguntó sobre antecedentes personales y familiares de cáncer.

Conocimiento de pruebas diagnósticas

Para evaluar el conocimiento que las pacientes tenían sobre las pruebas diagnósticas para el CaMa, se diseñó una entrevista semiestructurada, basada en la literatura científica (Al-Naggar y Bobryshev, 2012; Becerra et al., 2016; Brandon y Mullan, 2011; Cinar y Tuzcu, 2020) y con el consenso de un grupo de psicólogos expertos en el área de psicooncología y psicología de la salud. Las preguntas que se incluyeron en el presente estudio se observan en la tabla 1.

Tabla 1

Preguntas de la entrevista semiestructurada sobre el conocimiento de pruebas diagnósticas

-
1. ¿Conoce usted cuáles son las pruebas de evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?
 2. ¿Conoce usted cuáles pruebas se le realizarán?
 3. ¿Conoce usted cómo se realiza la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?
 4. ¿Ha recibido o buscado información sobre la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?
-

Malestar psicológico

Para evaluar el malestar psicológico, se incluyó dentro de la entrevista semiestructurada las preguntas presentadas en la tabla 2.

Tabla 2

Preguntas de la entrevista semiestructurada sobre el malestar psicológico

-
5. ¿Cómo se ha sentido en los últimos días respecto a la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s que se realizará?
 6. ¿Ha tenido preocupaciones en los últimos días respecto a la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s que se realizará?
-

Asimismo, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) para evaluar el malestar psicológico. La HADS consta de 14 reactivos, los cuales 7 evalúan ansiedad y 7 depresión. Los puntos de corte son: 0- 5 sin depresión, 6-8 depresión leve, 9-11 depresión moderada y 12 en adelante depresión grave. Para la subescala de ansiedad: 0-5 sin ansiedad, 6-8 ansiedad leve, 9-11 ansiedad moderada y 12 en adelante ansiedad grave (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala se encuentra validada en población oncológica mexicana (Galindo Vázquez et al., 2015). Para este estudio se tuvo un alfa de Cronbach de .786.

Procedimiento

Los datos se recabaron el día que fueron citadas por la clínica, antes de que se les realizara sus estudios de evaluación diagnóstica. La información fue obtenida de forma presencial, a través de una tableta, en la sala de espera de la clínica, para posteriormente realizar los análisis.

El proceso de la recogida de datos se realizó del 25 de octubre de 2021 al 8 de diciembre de 2021. Es importante mencionar que a pesar de haberse realizado el estudio durante la contingencia derivada de la pandemia por COVID-19, las actividades en el lugar donde se realizó este estudio permanecieron en forma presencial, por lo que las entrevistas del presente estudio se llevaron a cabo bajo esta misma modalidad.

Análisis estadísticos

Para los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24. Para los análisis descriptivos se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y para variables continuas, medias y desviaciones estándar. Se generó una variable dicotómica para la subescala de ansiedad y otra para depresión de la HADS. Se agruparon en la categoría de “con ansiedad” o “con depresión” aquellos quienes tuvieron niveles leves, moderados y graves, de acuerdo con los puntos de corte antes mencionados.

Además, para la entrevista semiestructurada se realizó un análisis temático de los datos e identificación de los temas centrales. Este se llevó a cabo a través de la categorización de las respuestas dadas por las mujeres y se rescataron fragmentos que respaldan los resultados encontrados (García Cabrero, 2009; Lee y Schwartz, 2021).

Para las cuatro preguntas sobre conocimientos de pruebas diagnósticas obtenidas de la entrevista semiestructurada, las respuestas se agruparon dicotómicamente como “sí” o “no”, según la respuesta de la participante. Además, para la pregunta 1 (¿Conoce usted cuáles son las pruebas de evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?), de acuerdo con las respuestas de las participantes, se obtuvieron 5 categorías respecto a las pruebas diagnósticas que conocían: mastografía/mamografía, autoexploración, ultrasonido/ecosonograma, examen clínico y biopsia. Asimismo, la pregunta 3 (¿Conoce usted cómo se realiza la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?), se agrupó en 5 categorías, de acuerdo con los procedimientos que las participantes conocían: mastografía/mamografía, ultrasonido/ecosonograma, examen clínico, autoexploración y biopsia.

Para las preguntas sobre el malestar psicológico, obtenidas mediante la entrevista, se agruparon de acuerdo con las respuestas. La pregunta 5 (¿Cómo se ha sentido en los últimos días respecto a la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s que se realizará?), se agrupó dicotómicamente en dos categorías: 1) tranquila/bien y 2) nerviosa/preocupada. La pregunta 6 (¿Ha tenido preocupaciones en los últimos días respecto a la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s que se realizará?), se agrupó

dicotómicamente como “sí” y “no”, de acuerdo con las respuestas de las participantes y se analizaron los principales motivos de dichas preocupaciones.

Para conocer la asociación entre las variables se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado (χ^2). Las variables incluidas en el análisis estadístico fueron la ansiedad reportada por el HADS (agrupada de forma dicotómica) y el malestar psicológico reportado en la entrevista semiestructurada (la pregunta 5 y 6 mencionadas anteriormente). Asimismo, se analizó la asociación entre el malestar psicológico (pregunta 5 y 6 de la entrevista semiestructurada) y los conocimientos sobre pruebas diagnósticas (pregunta 1 de entrevista semiestructurada).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (aprobación número: CI-01022). Se entregó una carta de consentimiento informado a las participantes de la investigación, en la cual se establece la confidencialidad de los datos y el manejo ético de la información.

Además, se siguieron las disposiciones de la Secretaría de Salud de México (2011), NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa.

RESULTADOS

Se entrevistó a 32 pacientes de la clínica de mama. Las características sociodemográficas de las participantes se observan en la tabla 3.

La mayoría de las participantes (84.4%) no reportaron tener antecedentes personales de cáncer y en su mayoría acudieron a la clínica por indicaciones de su médico familiar (93.8%) (ver tabla 3).

Tabla 3

Datos sociodemográficos y antecedentes de cáncer

Edad	53.8 ± 7.5
Escolaridad	
Primaria	6 (18.8)
Secundaria o técnicos	20 (62.5)
Preparatoria	1 (3.1)
Licenciatura	5 (15.6)
Estado civil	
Soltera	7 (21.9)
Casada/unión libre	17 (53.1)
Separada/Divorciada	1 (3.1)
Viuda	7 (21.9)

Ocupación	
Ama de casa	14 (43.8)
Comerciante/ Independiente	3 (9.4)
Empleada/ Trabajo dependiente	14 (43.8)
Jubilada	1 (3.1)
Tiene hijos	
Sí	30 (93.8)
No	2 (6.3)
¿Cuántos hijos tiene?	3.2 ± 1.6
Antecedentes personales de cáncer	
Sí	5 (15.6)
No	27 (84.4)
Antecedentes familiares de cáncer	
Sí	11 (34.4)
No	21 (65.6)
Motivo por el que asistió a la clínica	
Referida por un médico del IMSS	30 (93.8)
De forma voluntaria porque identificó un síntoma	1 (3.1)
De forma voluntaria para prevenir	1 (3.1)

Nota: N: Muestra; n: Frecuencia; DE: Desviación estándar. Variable: f (%) ± DE n= 32

En la tabla 4 se observan los resultados relacionados con los conocimientos sobre las pruebas diagnósticas de CaMa.

El 62% de las entrevistadas refirieron conocer aspectos básicos de las pruebas de evaluación diagnóstica; sin embargo, un 38% de ellas mencionaron desconocer totalmente el tema:

“Si, autoexploración, ecosonogramas, biopsia, mamografía” (P1, 42 años).

“No mucho, la masto, mamografía, algo así” (P23, 52 años).

La prueba más conocida por las participantes fue la mastografía, seguida de la autoexploración, ultrasonido y, por último, el examen clínico y la biopsia (figura 1).

En cuanto al conocimiento de los procedimientos que se realizan durante los exámenes de mama, se encontró que un 72% (23) de las entrevistadas consideraron que sí conocían las pruebas de evaluación diagnóstica:

“Primeramente dan bata, le colocan el seno en una planchita y aprietan de ambos lados, te dicen que esperes un momentito y te dicen si todo está bien” (P13, 60 años).

“Está una camarita y le ponen gel a uno y con un aparatito le van buscando alrededor del pecho” (P10, 49 años).

“Si, en la biopsia (...) introducen como una pluma y por arriba sale una navaja que extrae un pedazo de la bolita y no ocupan coserte, sino una cinta” (P26, 56 años).

También, se encontró que algunas mujeres que referían conocer los procedimientos sólo identificaron algunos nombres, equipos y denominaciones incompletas sobre los procedimientos a raíz de experiencias previas:

“Me hicieron la mamografía hace como seis años, pero no me acuerdo ya” (P23, 52 años).

Además, 9 (28%) entrevistadas desconocían totalmente los procedimientos o sólo tenían referencias sobre ellos de personas cercanas:

“Más o menos me han dicho (...) que me colocaban en un aparato, pero como es la primera vez que me hago, por la edad no sé cómo es propiamente” (P27, 56 años).

Además, 9 (28%) entrevistadas desconocían totalmente los procedimientos o sólo tenían referencias sobre ellos de personas cercanas:

“Más o menos me han dicho (...) que me colocaban en un aparato, pero como es la primera vez que me hago, por la edad no sé cómo es propiamente” (P27, 56 años).

Tabla 4

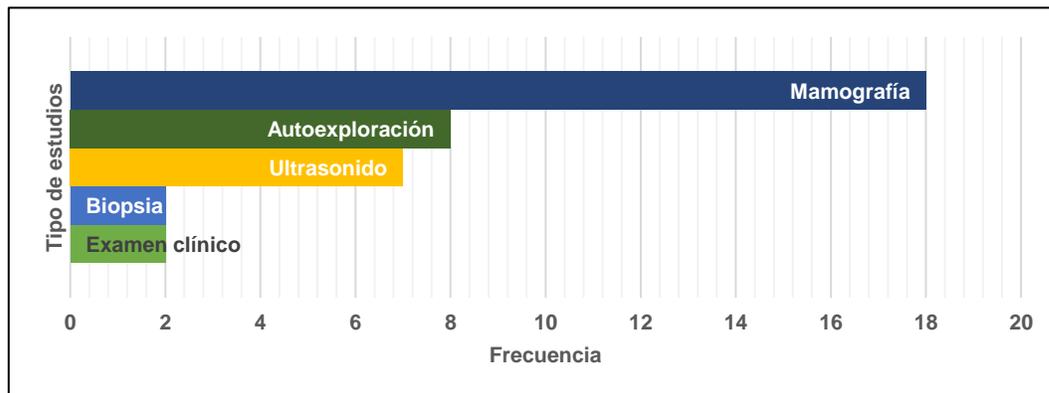
Respuestas de las participantes relacionadas con el conocimiento de pruebas diagnósticas de CaMa

¿Conoce usted cuáles son las pruebas de evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?	
Si	20 (62)
No	12 (38)
¿Conoce usted cuáles pruebas se le realizarán?	
Si	22 (69)
No	10 (31)
¿Conoce usted cómo se realiza la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?	
Si	23 (72)
No	9 (28)
Procedimientos más conocidos	
Mastografía/ Mamografía	19 (60)
Ultrasonido/ ecosonograma	6 (19)
Examen clínico	3 (9)
Autoexploración	2 (6)
Biopsia	2 (6)
¿Ha recibido o buscado información sobre la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s?	
Sí	5 (16)
No	27 (84)

Nota: N: Muestra; n: Frecuencia. Pregunta: n (%); n=32

Figura 1

Tipo de pruebas que conocen las participantes



En cuanto al conocimiento de las pruebas que le harían como tal a cada paciente, el 69% de las personas refirieron conocer su procedimiento; sin embargo, el 31% de ellas no estaban seguras o lo desconocían:

“No sé cuál” (P32, 53 años).

“Me dijeron que viniera aquí a hacer el examen de mama, pienso que es igual a como me vieron la otra vez, ¿no?” (P25, 56 años).

Por otro lado, respecto a la búsqueda de información sobre las pruebas de evaluación diagnóstica, el 84% de participantes no había buscado información y aquellas que sí lo habían hecho (16%), recurrieron a medios como volantes ofrecidos por instituciones de salud, internet, YouTube, familiares cercanos y artículos de revistas en páginas oficiales e institucionales, al considerarlas fuentes confiables:

“En YouTube busqué para todo mi tratamiento (...). Entonces vi ejercicios que estaban más completos porque lo del médico me explicó muy poco” (P26, 56 años).

Otras fuentes de información consultadas fueron familiares con experiencia en la realización de los exámenes y revistas médicas escritas por profesionales en medicina:

“A veces artículos en revistas, me pongo a leerlas” (P29, 68 años).

“Pues mis hermanas, una de ella se lo hace seguido” (P27, 56 años).

En cuanto al malestar psicológico (Tabla 5), el 66% de las participantes refirieron sentirse tranquilas:

“No me apuro, la verdad, estoy normal, ya le agarré de rutina a hacer los exámenes” (P5, 44 años).

Sin embargo, hay un 34% de mujeres que comentaron sentirse nerviosas o preocupadas por la realización del examen diagnóstico:

“Nerviosilla, porque uno no sabe qué esperar verdad, hasta tener el resultado estaré más tranquila” (P13, 60 años).

Las principales preocupaciones mencionadas estuvieron relacionadas con que el resultado fuera tener cáncer, posibles consecuencias derivadas del diagnóstico, el dolor posterior al procedimiento de evaluación diagnóstica y el temor a heredar CaMa, debido a la existencia de casos cercanos ya diagnosticados en la familia:

“Sí, de que vaya a ser doloroso el examen” (P9, 64 años).

“Si me da miedo que sea un cáncer que se extendió a otros lugares” (P26, 56 años).

Tabla 5

Malestar psicológico reportado en la entrevista semiestructurada

¿Cómo se ha sentido en los últimos días respecto a la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s que se realizará?	
Tranquila/Bien	21 (66)
Nerviosa/Preocupada	11 (34)
¿Ha tenido preocupaciones en los últimos días respecto a la evaluación diagnóstica de glándula/s mamaria/s que se realizará?	
Si	13 (41)
No	19 (59)

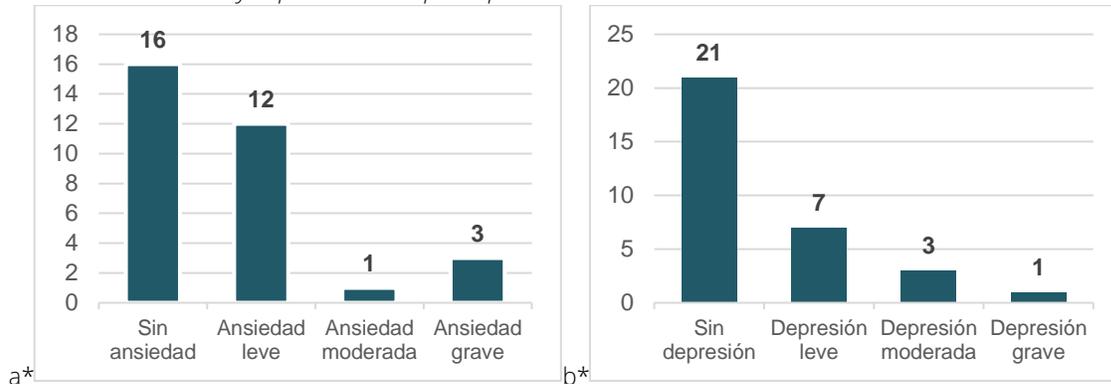
Nota: N: Muestra; n: Frecuencia.

Pregunta: (N=32);n (%)

Por otro lado, de acuerdo con los resultados de la escala de HADS, 50% de las participantes (n=16), reportaron síntomas de ansiedad, siendo más frecuente en comparación con los síntomas de depresión (figura 2).

Figura 2

Síntomas de ansiedad y depresión de las participantes



Nota. a: Síntomas de ansiedad; b: síntomas de depresión.

De acuerdo con la prueba estadística χ^2 , no se encontró asociación entre la ansiedad reportada en la HADS y las preocupaciones por las pruebas diagnósticas, recabadas en la entrevista semiestructurada. De igual manera tampoco se encontró asociación entre el malestar psicológico (pregunta 5 y 6 de la entrevista semiestructurada) y los conocimientos sobre pruebas diagnósticas (pregunta 1 de entrevista semiestructurada).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar los conocimientos que tienen las pacientes sobre las pruebas diagnósticas de CaMa, así como los síntomas de malestar psicológico en mujeres que acuden a una clínica de mama.

Se encontró que una tercera parte 12 (38 %) de participantes no conocía los nombres de las pruebas diagnósticas, y otro tercio 10 (31 %) desconocía cuáles pruebas específicas les iban a realizar en la clínica de mama. Asimismo, se encontró que la mayoría de las pacientes 27 (84 %) asistió a la clínica sin haber buscado o recibido información complementaria a las especificaciones de su médico familiar, antes de acudir a la clínica de mama.

Con relación con lo anterior, se ha estudiado que la falta de conocimiento sobre este tipo de pruebas puede representar una barrera para que las mujeres se realicen pruebas de tamizaje para el CaMa (Mascara y Constantinou, 2021). En algunos países en desarrollo han reportado cifras superiores al 80 % de mujeres con bajo conocimiento sobre la prueba de la mamografía y la exploración clínica mamaria, encontrando que incluso algunas mujeres dejan de asistir a su exploración (Alshahrani et al., 2019). De forma contrastante, en el presente estudio, a pesar de que 27 (84 %) de participantes no había buscado información adicional previa, asistieron a realizarse sus pruebas de evaluación diagnóstica. Sin embargo, cabe resaltar que la mayoría de las participantes acudieron a la clínica de mama por derivación de su médico familiar, y no por iniciativa propia dirigida a la prevención.

Por otro lado, en nuestro estudio se reportó que los medios más frecuentados para buscar información fueron el internet y la consulta con familiares que se hubieran hecho este tipo de estudios. Otro recurso reportado fueron folletos institucionales o revistas médicas. Las participantes refirieron que acudieron a este tipo de recursos debido a que, en ocasiones percibían que los médicos no explicaban de forma detallada estos procedimientos médicos. Con relación a ello, se ha reportado en otros estudios que el internet es uno de los recursos más utilizados para buscar información respecto a las pruebas de tamizaje del CaMa (Alshahrani et al., 2019), representando un reto para los profesionales de la salud orientar a las pacientes sobre las fuentes de consulta más confiables.

Respecto al malestar psicológico, se encontró que la mitad de las pacientes evaluadas presentó sintomatología ansiosa. Sin embargo, en un tercio de las participantes 12 (38 %)

fue sintomatología leve. Acerca de eso, se ha reportado previamente que la ansiedad es una de las afectaciones psicológicas más comunes en personas que se someten a estudios de tamizaje para el cáncer, incluyendo el CaMa (Chad-Friedman et al., 2017). Además, se han identificado factores psicológicos que podrían obstaculizar o impedir la realización de las pruebas de tamizaje como, por ejemplo, el miedo a las pruebas o a la confirmación de un diagnóstico de CaMa (Mascara y Constantinou, 2021).

Con relación con lo mencionado anteriormente, en el presente estudio se encontró que casi la mitad de las participantes reportaron sentirse preocupadas en los últimos días, debido a las pruebas de tamizaje. Las preocupaciones estuvieron relacionadas con un posible resultado positivo a cáncer, así como lo doloroso que pueden resultar las pruebas. En este sentido, Becerra et al. (2016) reportaron que las principales preocupaciones de mujeres mexicanas que se someterían a una biopsia eran el posible diagnóstico de cáncer y el dolor posterior al procedimiento.

Asimismo, Lee y Schwartz (2021) refieren que en mujeres Coreanas Americanas, particularmente es el dolor una de las barreras percibidas para realizarse estas pruebas. Por otro lado, la principal preocupación en las participantes del presente estudio fue que se encontrara “algo malo”, dada su historia familiar de cáncer. Al respecto, se ha encontrado que quienes tienen algún familiar con cáncer presentan una percepción de riesgo más elevada de desarrollar la enfermedad, así como más preocupaciones por ella (Mellon et al., 2008).

Evaluar estos aspectos resulta de suma importancia, dado que tanto el conocimiento como las barreras psicológicas pueden desempeñar un rol importante para la detección oportuna de cáncer. Salinas et al. (2018) identificaron que conocer factores de riesgo y protectores puede modificar la intención de realizarse exámenes de mama a futuro.

A pesar de que en el presente estudio se evaluó a mujeres que se iban a realizar estas pruebas, la mayoría de ellas asistió por indicación de su médico, y solo una participante acudió a la clínica de mama por propia iniciativa con la finalidad de prevenir. En este sentido, se destaca la necesidad de promover en las mujeres asistir de forma preventiva y rutinaria a realizarse este tipo de estudios. En relación con lo anterior, sigue siendo un reto para los países en desarrollo generar políticas en salud que vayan orientadas a aumentar la concientización para la realización de pruebas de tamizaje para el CaMa.

Además, no se encontró literatura sobre población mexicana y latinoamericana, por tanto, es importante promover estudios que permitan ampliar el panorama respecto a los temas abordados.

Una de las limitaciones del presente estudio fue evaluar a mujeres que acudían a realizarse las pruebas de tamizaje, dejando de lado a aquellas mujeres que no asisten a realizarse estos estudios, de quienes no se ha podido conocer los motivos para no asistir. Otras de las limitaciones de este estudio fue no preguntarles si era la primera vez que se realizaban estas pruebas. Lo anterior sugiere indagar en futuros estudios sobre sus experiencias pasadas en otros estudios de detección de CaMa realizados para conocer su posible

influencia en la realización de dichas pruebas. Asimismo, es importante considerar que hubo una pequeña cantidad de participantes (n=5) que habían tenido antecedentes personales de cáncer. Esto pudo suponer un sesgo, dado que eran mujeres que previamente se habían sometido a pruebas diagnósticas. Para ello se sugieren estudios comparativos que contemplen una muestra mayor en ambos grupos. Finalmente, se considera que otra de las limitaciones es la agrupación dicotómica de los resultados del HADS, agrupada así dada la escasa cantidad de participantes en los diferentes niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo, se podría indagar en futuros trabajos si el uso de una muestra probabilística y el aumento del tamaño de la muestra permiten la realización de otros análisis estadísticos que lleven a identificar las posibles relaciones o tendencias entre las variables estudiadas (Hernández Sampieri et al., 2014).

Conflicto de Intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Al-Naggar, R. A., & Bobryshev, Y. V. (2012). Practice and barriers of mammography among Malaysian women in the general population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 13(8), 3595-3600. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3595>
- Alshahrani, M., Alhammam, S. Y. M., Al Muniyif, H. A. S., Alwadei, A. M. A., Alwadei, A. M. A., Alzamanan, S. S. M., & Aljohani, N. S. M. (2019). Knowledge, attitudes, and practices of breast cancer screening methods among female patients in primary healthcare centers in Najran, Saudi Arabia. *Journal of Cancer Education*, 34(6), 1167-1172.
- Becerra, A. L., Erazo, L. R., Rodríguez, F. M. G., & Ramírez, A. R. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia incisional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), Art. 1. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489
- Brandon, C. J., & Mullan, P. B. (2011). Patients' perception of care during image-guided breast biopsy in a rural community breast center. *Journal of Cancer Education*, 26(1), 156-160. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0178-7>
- Cancela-Ramos, M. A., Contreras-Hernández, J. M., Phinder-Puente, M., Acevedo-Marrero, A., & Sánchez-Valdivieso, E. A. (2016). Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*, 4(1), 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.mei.2016.01.005>
- Chad-Friedman, E., Coleman, S., Traeger, L. N., Pirl, W. F., Goldman, R., Atlas, S. J., & Park, E. R. (2017). Psychological distress associated with cancer screening: A systematic review. *Cancer*, 123(20), 3882-3894. <https://doi.org/10.1002/cncr.30904>
- Cinar, I. O., & Tuzcu, A. (2020). Comparison of the levels of fear and perceived social support among the women having and not having mammography. *Erciyes Medical Journal*, 42(3), 306-311. <https://doi.org/10.14744/etd.2020.65031>
- De la Cruz-Aguirre, K., Cortés-Sanabria, L., Salas-González, E., Canales-Muñoz, J. L., Aguayo-Alcaraz, G., Ayala-Cortés, R. A., & Palomares-Hernández, C. Y. (2022). Costos médicos directos de la atención médica de pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(2), 107-115.

- Galindo-Vázquez, O., Benjet, C., Juárez-García, F., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Aguilar-Ponce, J. L., Álvarez-Avitia, M. Á., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental, 38*(4), 253-258. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>
- García-Cabrero, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. Manual Moderno.
- Hernández-Sampieri, R., Collado-Fernández, C., & Baptista-Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana.
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2020). *Prensa. A través de sus 10 clínicas de mama beneficia IMSS a 400 mil mujeres anualmente*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202010/686>
- Instituto Nacional de Cáncer. (2013). *Exámenes de detección del cáncer de seno (mama)*. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/deteccion-seno-pdq>
- Lee, M. H., & Schwartz, A. J. (2021). Barriers to breast cancer screening and coping strategies in Korean American women. *Journal of Transcultural Nursing, 32*(1), 6-13. <https://doi.org/10.1177/1043659619881482>
- Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., Zeng, H., Zhou, J., & Wei, W. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Communications, 41*(11), 1183-1194. <https://doi.org/10.1002/cac2.12207>
- Martínez-Pérez, D. C., Gómez-Wolff, L. R., Ossa-Gómez, C. A., Hernández-Herrera, G. N., Rivas-Bedoya, Y., & García-García, H. I. (2020). Asociación entre retraso en el diagnóstico y estadio clínico avanzado de cáncer de mama al momento de la consulta en cuatro centros oncológicos de Medellín, Colombia, 2017. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 71*(2), 87-102. <https://doi.org/10.18597/rcog.3410>
- Mascara, M., & Constantinou, C. (2021). Global perceptions of women on breast cancer and barriers to screening. *Current Oncology Reports, 23*(7), 74. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01069-z>
- Mellon, S., Gold, R., Janisse, J., Cichon, M., Tainsky, M.A., Simon, M.S., & Korczak, J. (2008). Risk perception and cancer worries in families at increased risk of familial breast/ovarian cancer. *Psychooncology, 7*(8):756-66. doi: 10.1002/pon.1370.
- Melo, M. L., Pimentel, A. J., Guaratini, Á. A., Marcolino, J. Á. M., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. da S. T. (2007). Ansiedad en el período preoperatorio de cirugías de mama: Estudio comparativo entre pacientes con sospecha de cáncer a ser sometidas a procedimientos quirúrgicos estéticos. *Revista Brasileira de Anestesiología, 57*(2), 147-156. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000200003>
- Meza-Chavolla, S. O. (2021). *Informe anual de productividad de clínica de mama Jalisco (Anual N.o 1)*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Secretaría de Salud de México. (2011). Norma Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2-2011), *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
- Nur, N. (2010). Breast cancer knowledge and screening behaviors of the female Teachers. *Women & Health, 50*(1), 37-52. <https://doi.org/10.1080/03630241003601087>
- Organización Mundial de la salud. (2021). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Rivero, L. de la C. G., & García, Y. L. (2021). Importancia del autoexamen de mamas en la detección oportuna del cáncer. *MediSur, 19*(6), 1037-1040.

- Salinas, J. J., Byrd, T., Martin, C., Dwivedi, A. K., Alomari, A., Salaiz, R., & Shokar, N. K. (2018). Change in breast cancer screening knowledge is associated with change in mammogram intention in mexican-origin women after an educational intervention. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research, 12*. <https://doi.org/10.1177/1178223418782904>
- Secretaría de Servicios Parlamentarios de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sim, H. L., Seah, M., & Tan, S. (2009). Breast cancer knowledge and screening practices: A survey of 1,000 Asian women. *Singapore Medical Journal, 50*, 132-138.
- The Global Cancer Observatory (Globocan). (2020). *Cancer over time*. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>