

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LAS FASES DE CRIBADO MAMOGRÁFICO EN MUJERES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN THE COURSE OF MAMMOGRAPHY SCREENING AMONG WOMEN OF THE MADRID REGION

María del Carmen Cardenal*, Ángel Rodríguez**, Juan Antonio Cruzado*, Andrés González**, María José Gonzalez*** y Alfonso Roa*.

* Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

** Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

*** Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Servicio Madrileño de Salud.

Resumen

Objetivo: Evaluar el estado emocional de las mujeres que acuden a un programa de cribado mamográfico y reciben un resultado negativo.

Métodos: Las participantes se seleccionaron de entre las que fueron convocadas para realizarse una mamografía en cuatro unidades del Programa de Detección del Cáncer de Mama de la Comunidad de Madrid (DEPRE-CAM). Se midieron sus niveles de ansiedad y depresión (HAD) y su calidad de vida (SF-36) en tres ocasiones: al realizarse la mamografía (entrevista presencial), mientras esperaban los resultados y después de conocer el resultado negativo (entrevistas telefónicas).

Resultados: Colaboró el 67,8% (n=82) de las mujeres de entre 50 y 69 años con las que se contactó, pero doce de ellas quedaron excluidas por necesitar seguimiento mamográfico a corto plazo. Se produjeron disminuciones de las puntuaciones para la ansiedad ($p<0,01$) y la depresión ($p<0,01$) y aumentos de las pun-

Abstract

Objectives: To assess the emotional status of women who attend a breast cancer screening program and receive a negative result.

Methods: Participants were selected among those who were called to be screened at four units of the Region of Madrid Breast Cancer Detection Program. Their levels of anxiety and depression (HAD) and their quality of life (SF-36) were measured in three occasions: immediately after mammography (personal interview), while waiting for the results and after knowing the negative result (phone interview).

Results: 67.8% (n=82) of women 50 to 69 years old agreed to participate, but twelve of them were subsequently excluded because they needed a further mammography control soon. Scores decreased for anxiety ($p<0.01$) and depression ($p<0.01$) and increased for quality of life in its dimensions of "emotional role" ($p=0.02$) and "mental health" ($p=0.01$). The youngest women ($p=0.01$) and those with

Correspondencia:

María del Carmen Cardenal Ciudad
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
Buzón 24
Capus Somosaguas s/n 28223-Madrid
E-mail: cardenalciudad@hotmail.com

Agradecimientos:

Este estudio forma parte del proyecto "Salud emocional de las mujeres que participan en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Comunidad Autónoma de Madrid" y fue llevado a cabo gracias a la concesión por parte de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid "Pedro Laín Entralgo" de la beca "Evaluación de las estrategias de prevención del cáncer de mama en la Comunidad de Madrid y propuestas de intervención", según la orden 592/2003 de 15 de julio del Consejero de Sanidad. Los autores agradecen a Marina Pollán, Mercedes Martínez, Beatriz Pérez-Gómez, María José García, Jesús Sanz y María Eugenia Olivares sus aportaciones a la fase de diseño del estudio.

tuaciones de las dimensiones de "rol emocional" ($p=0,02$) y "salud mental" ($p=0,01$) de la calidad de vida a lo largo de las mediciones. Permanecieron con niveles de ansiedad altos las mujeres más jóvenes ($p=0,01$) y las que tenían antecedentes familiares de cáncer y de cáncer de mama ($p=1$). Se recuperaron de niveles de ansiedad altos iniciales las mujeres que consideraban un problema ir a realizarse la mamografía ($p=0,03$), que tenían personas a su cargo ($p=0,06$), y que se habían realizado más mamografías anteriormente ($p=0,08$).

Conclusiones: El programa de cribado es satisfactorio para las participantes, los efectos médicos son beneficiosos y no se han encontrado efectos negativos del cribado en ansiedad, depresión y calidad de vida.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, calidad de vida, cribado mamográfico.

a family history of cancer and breast cancer ($p=1$) kept high anxiety levels. Women who considered that going to have a mammogram was a problem ($p=0.03$), who looked after other people ($p=0.06$) and who had more mammograms done ($p=0.08$), recovered from initial high anxiety levels.

Conclusions: The breast cancer screening program is satisfactory for participants, medical consequences are beneficial and no negative effects of screening on anxiety, depression and quality of life have been found.

Key words: Anxiety, depression, quality of life, breast cancer screening.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ocupa el primer lugar en la mortalidad debida al cáncer y es la primera causa de muerte femenina en todo el mundo⁽¹⁾. La incidencia del cáncer de mama en la mujer ha continuado aumentando en la última década. Sin embargo, la supervivencia de este tumor en España es alta y sigue experimentando un crecimiento significativo, en concreto durante la década de los 90, la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido un promedio de un 1,4% anual⁽¹⁾. En la Comunidad de Madrid la tasa de mortalidad por cáncer de mama en el año 2004 fue de 16,72 por 100.000 mujeres, aunque la tasa media de mortalidad en el período 1998-2004 ha sido de 20,78 por 100.000⁽¹⁾.

El conocimiento científico actual asegura que los programas de cribado organizados del cáncer de mama mediante mamografía son los únicos que en unión de tratamientos de calidad garantizan una disminución significativa de la mortalidad⁽¹⁾. El programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Co-

munidad de Madrid (CM) (DEPRECAM) se inició en 1999. La población diana del programa son las mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años, residentes en la Comunidad de Madrid. El cribado se realiza mediante mamografías que se llevan a cabo en las Unidades de Exploración Mamográfica. El primer cribado se realiza mediante una mamografía bilateral en doble proyección.

La actividad se organiza de la forma siguiente:

- a) Consulta en la Unidad de Exploración Mamográfica: las mujeres reciben una carta en su domicilio mediante la que son citadas con día y hora en la Unidad de Exploración Mamográfica, que puede ser móvil o fija, donde se realizan la mamografía.
- b) Lectura de la mamografía: Desde la Unidad de Exploración Mamográfica se envían a la Unidad de Valoración Radiológica las mamografías realizadas. En esta última se valoran por un radiólogo entrenado. Con objeto de homoge-

neizar los criterios de lectura se utiliza la Clasificación del Comité de Informes de Imagen de la Mama del Colegio Americano de Radiólogos (BIRADS 1993), en la cual se establecen las siguientes categorías (Tabla 1).

- c) La actuación en las categorías 1 y 2 (negativa o con hallazgos benignos) será la siguiente: La mujer recibe una carta desde la Unidad Central, que tarda en llegar aproximadamente entre 10 y 20 días en la que se le comunica los resultados de la exploración mamográfica realizada y se le anuncia que en plazo de dos años se le citara de nuevo para repetir el estudio. Las mamografías y una copia del informe son enviadas, a través del coordinador del programa del área de Atención Primaria, al médico de Atención Primaria de la participante. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las sospechas detectadas se realiza en los hospitales de referencia de la red pública⁽²⁾.

MALESTAR PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y CRIBADO MAMOGRÁFICO

El beneficio global para las mujeres que participan en el cribado mamográfico

es una reducción de alrededor del 30% de las muertes por cáncer de mama⁽³⁾. Sin embargo, dicha prueba no está exenta de efectos perjudiciales para las mujeres que se someten a ella. Los efectos negativos en el área psicológica se producen en las fases específicas del proceso que son críticas⁽⁴⁾: obtener una invitación para acudir al cribado puede provocar preocupación concerniente tanto al procedimiento como a la enfermedad. Conseguir un resultado normal es probablemente tranquilizador, pero si la mamografía es anormal, el diagnóstico puede aumentar la ansiedad. A pesar de que un resultado falso positivo (es decir, una mujer que tiene una mamografía con sospecha de malignidad pero en la que luego se descarta clínicamente el diagnóstico de cáncer de mama) acaba siendo un alivio, en determinadas situaciones pueden permanecer la preocupación y una alta percepción de riesgo.

La mayoría de la investigación se ha centrado en el impacto de los hallazgos falsos positivos; sin embargo, la gran mayoría de estos estudios se han llevado a cabo en contextos diferentes de los programas de cribado organizados⁽⁴⁾. Varios autores han sugerido que el cribado de cáncer de mama podría aumentar miedo al cáncer y el nivel de ansiedad general

Tabla 1. Clasificación del Comité de Informes de Imagen de la Mama del Colegio Americano de Radiólogos (BIRADS 1993).

Categoría 0	Necesita evaluación con imágenes adicionales
Categoría 1	Negativa
Categoría 2	Hallazgos benignos
Categoría 3	Probablemente benigno-Requiere seguimiento a corto plazo
Categoría 4	Probablemente maligna-Requiere ser biopsiada
Categoría 5	Altamente sugestiva de malignidad-Requiere ser biopsiada

en la población que participa⁽³⁾. En concreto, un estudio cualitativo realizado en las mujeres de la Comunidad de Madrid, informó que los niveles de ansiedad son máximos en los días previos a la comunicación del resultado de la mamografía⁽⁵⁾. En contraste, se ha encontrado, que las mujeres con resultados normales en la mamografía no mostraron malestar psicológico y que disminuyeron sus preocupaciones sobre el cáncer de mama⁽³⁾. Asimismo, hay que tener en cuenta que, aunque el diagnóstico final sea de benignidad, un retraso en el mismo causa ansiedad a las mujeres⁽⁶⁾.

Más allá de la ansiedad y la sensación de susceptibilidad al cáncer, sólo se han encontrado investigaciones referentes a la aparición de síntomas depresivos y el empeoramiento de la calidad de vida al pasar por el cribado en mujeres con riesgo elevado de padecer esta patología, no en la población general^(7,8). Incluso en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama no se observan cambios en la calidad de vida medida con instrumentos genéricos cuando se las compara con la población general^(9,10). Es importante detectar a las mujeres que tienen un riesgo especial de padecer ansiedad y depresión al pasar por las distintas fases de cribado, dado que esto nos posibilitaría diseñar un sistema de atención psicológica especial para ellas.

Un factor que puede predecir un peor ajuste emocional al cribado mamográfico es la existencia de antecedentes familiares de cáncer y de cáncer de mama. La evaluación del impacto psicológico del cribado mamográfico en mujeres con historia familiar de cáncer de mama está documentada pero es contradictoria. Se ha demostrado que las mujeres con riesgo familiar de cáncer de mama, comparadas con las mujeres de bajo riesgo que no habían acudido al cribado, informaban de altos niveles de

pensamientos intrusivos y de preocupación tanto antes como un mes después del cribado⁽¹¹⁾. Asimismo, en un estudio similar al anterior se demuestra como las mujeres cuyos padres habían muerto a consecuencia de un cáncer comparadas con una muestra de mujeres sin historia familiar de cáncer de mama que no experimentaron la mamografía de cribado, informaron de altos niveles de pensamientos intrusivos y preocupación al ir a realizarse su cribado anual a las 4 a 8 semanas de recibir sus resultados normales⁽¹²⁾. Por otro lado, una revisión de la literatura ha encontrado que, al igual que en las mujeres de la población general, la mayoría de las mujeres con historia familiar no experimentaban altos niveles de ansiedad asociados con el cribado mamográfico⁽¹³⁾.

Otros predictores del impacto psicológico de las mujeres que acuden a realizarse mamografías de cribado son el estado marital y el nivel de educación. Concretamente se ha encontrado que a las mujeres viudas les suponía un menor impacto psicológico recibir la noticia de un resultado falso positivo y que un nivel de educación bajo es un predictor para el mantenimiento del malestar psicológico a los seis meses de haber clarificado el diagnóstico falso positivo⁽¹⁴⁾.

Finalmente, se ha documentado en población general, que los adultos de entre 45 y 60 años tienen más ansiedad que los mayores de 60⁽¹⁵⁾. Por lo cuál es probable que se detecten diferencias con respecto a esta variable entre las mujeres más jóvenes y las de mayor edad.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La realización de este trabajo de investigación se ha llevado a cabo teniendo como objetivo general evaluar el estado emocional de las mujeres que pasan por un programa de cribado mamográfico y

reciben un resultado negativo. A su vez, el mismo se concreta en los siguientes objetivos específicos: a) conocer cómo evolucionan la ansiedad, la depresión y las dimensiones emocionales de la calidad de vida de estas mujeres al pasar por las distintas fases del programa; b) conocer cuántas de estas mujeres tienen niveles de ansiedad y depresión clínicos en cada una de las fases de cribado; y c) caracterizar cada uno de los grupos en que se puede clasificar a dichas mujeres según la evolución de su ansiedad y depresión clínicas: mujeres que nunca presentan ansiedad/depresión clínica, mujeres que presentan niveles de ansiedad/depresión clínica mantenidos y mujeres en las que disminuyen sus niveles clínicos de ansiedad/depresión hasta llegar a ser normales.

Asimismo, como punto de partida, en este estudio se han planteado las siguientes hipótesis:

1. Hay tres tipos de evolución de la ansiedad y depresión clínicas: a) mujeres a las que pasar por el cribado no les produce ansiedad/depresión clínicas; b) mujeres a las que hacerse la mamografía les produce ansiedad/depresión clínicas pero que se recuperan posteriormente; c) mujeres con una ansiedad/depresión ya establecida que no se ve afectada por el paso por el cribado.
2. Las mujeres a las que no afecta el cribado tienen un mayor nivel de estudios y han tardado menos en recibir sus resultados negativos.
3. Las mujeres que se recuperan han considerado problemática la situación de acudir a hacerse la mamografía.
4. Las mujeres con una ansiedad/depresión mantenida tendrán una menor edad.
5. Los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres, a las que les afecta el cribado, serán mayores mientras esperan el resultado de su mamografía que en los días precedentes a la realización de la misma.
6. Las puntuaciones de las dimensiones emocionales de la calidad de vida en estas mujeres serán menores mientras esperan el resultado de su mamografía que en los días precedentes a la realización de la misma.
7. Los niveles de ansiedad y depresión de estas mujeres habrán disminuido después de recibir el resultado negativo, por debajo de los que tenían en los días anteriores a la realización de la mamografía.
8. Las puntuaciones de las dimensiones emocionales de la calidad de vida en estas mujeres habrán aumentado después de haber recibido el resultado negativo, por encima de las que tenían en los días anteriores a la realización de la mamografía.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN DE REFERENCIA

Está configurada por mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre 50-69 años que acuden a realizarse la mamografía de cribado en el año de la realización del estudio. Quedando excluidas del mismo aquellas que, aún cumpliendo estas condiciones: 1) reciben un diagnóstico mamográfico BIRAD 3 o BIRAD 4 ó 5, porque son mujeres que van a requerir un seguimiento y pruebas adicionales para aclarar el diagnóstico; 2) reciben un diagnóstico BIRAD 4 ó 5, que

son resultados de sospecha de malignidad; 3) padecen cáncer de mama u otra patología oncológica; 4) tienen dificultades para comprender y expresarse en castellano y 5) mujeres con psicopatología previa grave.

VARIABLES

En la tabla 2 se describen las variables independientes estudiadas y las variables dependientes utilizadas.

Tabla 2. **Descripción de las variables dependientes e independientes del estudio.**

VARIABLES DEPENDIENTES	VARIABLES INDEPENDIENTES
<p><i>Ansiedad (HAD)</i> <i>Depresión (HAD)</i> <i>Calidad de vida (SF-36)</i></p>	<p><i>Demora diagnóstica:</i> tiempo transcurrido entre la fecha de realización de la mamografía y la comunicación del resultado negativo medido en días.</p> <p><i>Antecedentes familiares de cáncer de mama y de cáncer en general:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Familiares de primer grado (padre, madre, hermanos, hijos) <p><i>Edad:</i> tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento de la entrevistada y la primera entrevista.</p> <p><i>Nivel educativo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — No sabe leer ni escribir — Sabe: <ul style="list-style-type: none"> No completó estudios primarios (años de estudio) Completó estudios primarios Completó estudios secundarios Completó estudios universitarios <p><i>Estado civil:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Soltera — Casada o convive en pareja — Separada — Divorciada — Viuda <p><i>País de nacimiento y tiempo de permanencia en España</i></p> <p><i>Opinión sobre el Programa de Detección Precoz de la Comunidad de Madrid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Muy buena — Buena — Regular — Mala — Muy mala <p><i>Número de mamografías dentro y fuera del programa</i></p> <p><i>Existencia de personas a su cargo</i></p>

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD): Zigmond y Snaith⁽¹⁶⁾ diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar los estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. La puntuación final de las dos subescalas se obtiene sumando las de los ítems que las componen. El marco temporal, aún cuando las preguntas están planteadas en el presente, debe referirse a la semana previa. Los criterios establecidos por Snaith para incluir o excluir a un enfermo del grupo de los que padecen trastornos emocionales son: 0-7 ausente de síntomas; 8-10 caso dudoso; ≥ 11 presenta síntomas de depresión y/o ansiedad. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, con la colaboración de Bulbena y ha sido validada por Tejero et al⁽¹⁷⁾. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala es de 0,80 para cada una de las subescalas. La validez concurrente mediante el cálculo de la correlación de Pearson entre la dimensión de Ansiedad del HAD y el STAI y la dimensión de Depresión y el BDI, obteniéndose en ambos casos valores de 0,70⁽¹⁸⁾. Varios estudios han utilizado este cuestionario para medir la ansiedad y la depresión de las mujeres que acuden al cribado de cáncer de mama^(19,21).

Cuestionario de Salud SF-36. *Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey (SF-36)*⁽²²⁾: Es la versión abreviada de las medidas utilizadas en el *Medical Outcomes Study (MOS)*, dentro del proyecto RAND Health Program. Consta de 36 preguntas que evalúan ocho conceptos genéricos sobre salud (conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad), detectando tanto aspectos positivos como negativos de salud física y el estado emocional. Las ocho dimensiones que componen esta escala son, por un lado las dimensiones físicas: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos, dolor corporal y salud general; y por otro, las dimensiones emocionales: vitalidad, funcionamiento social, limitaciones en el rol por problemas emocionales y salud mental. Existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-36. La versión 1 se desarrolló en EEUU en 1992⁽²³⁾ y la versión 2⁽²⁴⁾, cuatro años más tarde, en 1996. Nosotros hemos trabajado con la versión 2 ya que actualmente se recomienda la utilización de la misma. Las preguntas pueden ser referidas a la última semana o a las cuatro últimas semanas. En este estudio vamos a utilizar la versión referida a la última semana porque detecta mejor los cambios recientes. Requiere de 5 a 10 minutos para su aplicación, pudiendo ser autoaplicada o en forma de entrevista presencial o telefónica. En el presente estudio únicamente se han utilizado las cuatro dimensiones relacionadas con la salud mental: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario es sensible al cambio terapéutico.

Propiedades psicométricas⁽²²⁾: en cuanto a su fiabilidad, este cuestionario muestra una consistencia interna de 0,62-0,94 y una fiabilidad test-retest (2 semanas) de 0,60-0,81. Con respecto a su validez, muestra correlaciones altas

con el Perfil de Impacto de la Enfermedad (0,78), con el índice de Calidad de Vida EuroQol (0,48-0,60), con el Perfil de Salud Nottingham (0,52 para la escala física, 0,55 para dolor, 0,67 para salud mental y 0,68 para vitalidad).

PROCEDIMIENTO

En el mes de marzo de 2006, se mantuvo una reunión con los miembros interesados en el proyecto de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica (ORCO) y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), que tuvo como objetivo la obtención de un acuerdo para la captación de las mujeres sujetos de estudio con la colaboración de ambas organizaciones. Para la captación de las participantes se acudió a cuatro unidades de detección precoz del cáncer de mama del DEPRECAM: una de ellas fija, situada en el distrito de Salamanca y tres de ellas móviles en los distritos de Villaverde, Fuencarral-El Pardo y Tetuán. El distrito de Salamanca se añadió para aumentar la variabilidad del nivel educativo de las participantes. Se seleccionaron muestras mayores en las unidades que aportan más participantes al DEPRECAM. Se acudió a las unidades en horario de mañana y tarde y se pidió la colaboración para el estudio a las mujeres que acaban de realizarse la mamografía de cribado. La entrevista se realizó en una sala concertada previamente con el hospital o centro de salud en el que se instalaba la unidad de detección precoz.

Momento de realización de las entrevistas

Las participantes fueron evaluadas durante los meses de abril a julio de 2006.

La evaluación de las mujeres que acudían a realizarse la mamografía se llevó a cabo justo después de la realización

de la misma, de forma presencial en formato de entrevista. En dicha evaluación se recogieron todas las variables dependientes e independientes. Una segunda evaluación se llevó a cabo vía telefónica en formato de entrevista, mientras esperaban el resultado de su mamografía, recogiendo la información de las variables dependientes. Por último, la tercera y última entrevista se llevó a cabo vía telefónica, cuando llevaban por lo menos una semana conociendo el resultado negativo. En ella se recogió la información de las variables dependientes, la fecha de la comunicación del resultado y la opinión sobre el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Comunidad de Madrid.

El tiempo medio transcurrido, medido en días, entre la realización de las mamografías y la primera entrevista telefónica (n=69) fue de 15,2(2,1; Rango 11 a 22). El tiempo medio transcurrido, medido en días, entre la fecha de recepción del resultado negativo y la segunda entrevista telefónica (n=66) fue de 12(5; Rango 7 a 25).

En seis casos (8,7% del total) transcurrieron más de 20 días entre la primera entrevista y la segunda (cuando esperaban los resultados de la mamografía). En otros siete casos (10,6% del total) transcurrieron más de 20 días desde la comunicación de los resultados negativos y la última entrevista.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para los análisis univariados de las variables cuantitativas se han empleado la media, o la mediana, los percentiles y los rangos según la distribución normal o no. Para las variables categóricas se han empleado tablas de frecuencias.

Los análisis bivariados se han realizado con pruebas t de comparación de medias, ANOVA de medidas repetidas,

test de chi cuadrado, test de chi cuadrado de tendencia lineal, test de Fisher y test de Kruskal-Wallis, en función de los tipos de variables y su distribución.

En las unidades de detección precoz del cáncer de mama, se pidió la colaboración para este estudio a un total de 121 mujeres, de las cuales 39 (32,2%) se negaron a participar y 82 (67,8%) accedieron (Distrito de Salamanca n=14; Distrito de Fuencarral-El Pardo n=10; Distrito de Tetuán n=21 y Distrito de Villaverde n=37). El rango de no participación se mueve entre un 60% en el distrito de Salamanca y un 13,3% en el distrito de Tetuán. A las mujeres que se negaron, se les preguntó el nivel de estudios y la edad. Hay un mayor porcentaje de universitarias entre las que no quisieron participar, pero un menor porcentaje con estudios secundarios. Sin embargo la diferencia no es significativa (chi-cuadrado 6,92; $p=0,075$).

La media de edad decimal de las mujeres participantes fue de 60,6 años ($Sx=5,7$) y la de las mujeres que no quisieron participar fue de 59,3 ($Sx=6,0$). La diferencia no es estadísticamente significativa (t de Student =1,12; $p=0,264$).

De las 82 mujeres que accedieron a participar en la investigación, 12 quedaron excluidas del presente análisis por tener un diagnóstico mamográfico BIRAD 3 (requieren estudios ulteriores para descartar patología mamaria).

Características sociodemográficas y clínicas

La edad media de las participantes fue de 60,6 años ($Sx=5,5$) con un rango entre 47,1 años y 70,4 años. El 72,9% (n=51) de las mujeres estaban casadas, el 12,9% (n=9) eran viudas, el 8,6% (n=6) estaban solteras, el 2,9 (n=2) estaban separadas y el 2,9 de las mujeres (n=2) estaban divorciadas. El 44,3% (n=31) de

las mujeres había realizado estudios primarios, el 21,4% (n=15) había completado estudios secundarios, existiendo la misma proporción para el número de mujeres que completaron sus estudios universitarios, finalmente el 12,9% (n=9) de las mujeres entrevistadas no había completado los estudios primarios. El 95,7% había nacido en España y sólo 3 habían nacido en otros países (Chile, Colombia y República Dominicana). Las tres llevaban más de 10 años viviendo en España. La mitad de las entrevistadas tenían que ocuparse del cuidado de algún niño, persona mayor, enfermo o discapacitado.

En el 37,5% de los casos tenían familiares de primer grado (padre, madre, hermanos o hijos) con cáncer. De manera específica, en el 7,1% de los casos eran cánceres de mama.

La demora media en transmitir el resultado de la mamografía es de 29,1 ($Sx=5,6$) días. El tiempo máximo de demora fue de 38 días.

Las mujeres participantes se habían hecho una media de 2,8 mamografías dentro del programa (incluida la que se estaban realizando en ese momento) ($SX=1,64$) y fuera del programa se habían realizado una media de 4,2 mamografías ($SX=6,62$).

Valoración del programa de cribado

A las mujeres participantes en la investigación se les preguntó su opinión acerca del DEPRECAM en dos ocasiones, la primera vez al hacerse la mamografía de cribado y la segunda en la última entrevista, cuando ya conocían que el resultado de su mamografía era negativo. Más del 90% expresó una opinión buena o muy buena sobre el programa en los dos momentos (para alrededor del 65% la opinión era muy buena) y ninguna dio una valoración negativa. Ade-

más, el 100% de las encuestadas dio una respuesta afirmativa a la pregunta *¿Recomendaría el Programa Regional de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Comunidad de Madrid a una amiga?*

Ansiedad y depresión

En la Tabla 3 se presentan las medias y desviaciones típicas tanto para la ansiedad y la depresión obtenidas a partir del HAD como para las dimensiones emocionales del SF-36 versión 2, relacionadas con la salud mental, recogidas en los tres momentos de medida.

Para comparar nuestra muestra con la población general respecto a la ansiedad se han tomado como referencia los valores poblacionales descritos por Caro e Ibáñez⁽¹⁵⁾. Dicho trabajo recoge

que para las adultas con una media de edad igual a 39, inferior por tanto a la de nuestras participantes, la media para la ansiedad fue igual a 5,5, semejante a la de las mujeres de nuestro estudio.

En cuanto a la variación de los niveles de ansiedad en los distintos momentos de medida en las mujeres que completan los tres seguimientos, se observa una disminución significativa de los niveles de ansiedad a lo largo de los tres momentos de medida (F esfericidad asumida= 14,85; $p \leq 0,0001$): las disminuciones entre el primer momento y el segundo ($p=0,02$), y entre el primer momento y el tercero ($p \leq 0,0001$) son significativas. No ocurre lo mismo entre el segundo y el tercer momento ($p=0,93$).

El porcentaje de mujeres que tuvo una puntuación indicadora de caso clí-

Tabla 3. **Puntuaciones obtenidas en el HAD y en el SF-36 (versión 2)**

		<i>Al hacerse la mamografía</i> (n=70)	<i>Esperando el resultado de su mamografía</i> (n=69)	<i>Una vez que conocen que el resultado es negativo</i> (n=66)
<i>Ansiedad</i> (HAD)	Media (DE)	6,2 (4,2)	5,4 (4,3)	4,7 (4)
<i>Depresión</i> (HAD)	Media (DE)	4 (3,4)	3,9 (3,5)	3,1 (3)
<i>Vitalidad</i> (SF-36)	Media (DE)	66,5 (20,6)	66,3 (20,9)	65,3 (20,5)
<i>Función social</i> (SF-36)	Media (DE)	87,3 (23)	89,9 (17,8)	90,1 (20,9)
<i>Rol emocional</i> (SF-36)	Media (DE)	86,8 (20,8)	91,1 (17,23)	92,8 (16,6)
<i>Salud mental</i> (SF-36)	Media (DE)	69,5 (22,3)	72,4 (20,4)	73,9 (18,8)

nico (igual o mayor a 11), en la escala de ansiedad fue disminuyendo en cada momento de medida, siendo este de 17,4% (n=12), 13% (n=9) y 10,6%(n=7) respectivamente. Sin embargo, no se ha podido demostrar una tendencia lineal (D de Sommers= 0,123; p=0,27).

El grupo de mujeres con ansiedad clínica en los tres momentos de medida (puntuación mayor o igual que 11) constituyen el 10,6 %(n=7) del total(a este grupo se le ha denominado "no recuperación"), el grupo de mujeres que nunca tuvieron niveles de ansiedad clínicos constituyen el 81,8% (n=54) (grupo denominado "nunca ansiedad clínica"), finalmente, el grupo de mujeres que si bien tuvieron en un primer momento niveles de ansiedad clínicos, luego éstos disminuyeron

constituyen el 7,6% (n=5) (grupo denominado "recuperación").

En la Tabla 4 se muestran las variables de caracterización para las mujeres que presentan siempre ansiedad clínica, para las que se recuperan y para las que nunca llegaron a tener niveles clínicos de ansiedad.

En cuanto a la percepción de la realización de la mamografía como una situación problemática se encuentra que el 40% (n=2) de las mujeres que se recuperaron respondieron "sí" a la pregunta: "Piense en hacerse la mamografía. ¿Es un problema importante para usted?"; frente a porcentajes mucho más bajos en los otros dos grupos. Dado el escaso mínimo de efectivos en los grupos de mujeres que permanecen ansiosas y las que se recuperan, sólo se ha podido

Tabla 4. Variables de caracterización en los tres grupos

	<i>Siempre ansiedad clínica</i>	<i>Se recuperan</i>	<i>Nunca ansiedad clínica</i>
% que ven problemático acudir a hacerse la mamografía	2	40	3,7
% con antecedentes familiares de cáncer	71,4	20	33,3
% con antecedentes familiares de cáncer de mama	28,6	0	5,6
% de viudas	0	0	14,8
% con personas al cargo	42,9	100	50
% con estudios primarios como máximo	85,7	80	51,9
Media (DE) de mamografías dentro del programa	1,8 (0,8)	2,4 (1,1)	3,1 (1,7)
Media (DE) de mamografías fuera del programa	4,4 (4,9)	13 (14,4)	3,5 (5,6)
Media (DE) Edad	54,9 (3,6)	64 (3,6)	61 (5,2)
Media (DE) Demora	29,4 (6,9)	32 (3,6)	29 (5,7)

comparar este grupo con las de las que nunca tienen niveles clínicos de ansiedad y la diferencia ha sido significativa (Test de Fisher significación exacta bilateral; $p=0,033$).

Con respecto a los antecedentes familiares de cáncer y de cáncer de mama los datos muestran que el 71,4% ($n=5$) de las mujeres con ansiedad mantenida tenían antecedentes familiares de primer grado de cáncer. El 20% ($n=1$) de las mujeres que se recuperan tenían antecedentes familiares de cáncer frente a un 33,3% ($n=18$) de las mujeres cuyos niveles clínicos nunca fueron clasificados como "caso". Comparando nuevamente las que se recuperan y las que nunca han presentado ansiedad, la diferencia no es significativa (Test de Fisher significación exacta bilateral; $p=1$).

El 28,6% ($n=2$) de las que se mantuvieron siempre ansiosas tenían antecedentes familiares de cáncer de mama. Ninguna de las mujeres que tuvieron en un primer momento niveles clínicos de ansiedad tenía antecedentes familiares de cáncer de mama, frente a un 5,6% ($n=3$) de las mujeres sin niveles clínicos que sí los tuvieron. La diferencia cuando se comparan nuevamente los dos grupos anteriores no es significativa (Test de Fisher significación exacta bilateral).

En nuestra muestra no hubo mujeres viudas entre las que se recuperan ni entre las que estaban siempre ansiosas, frente a un porcentaje de 14,8% ($n=8$) entre las mujeres que nunca tuvieron niveles clínicos de ansiedad. Comparando las que se recuperan con las que nunca presentaron ansiedad clínica, la diferencia no es significativa (Test de Fisher significación exacta bilateral).

El 100% ($n=5$) de las mujeres que se recuperan tenían personas a su cargo, frente a un 50% ($n=27$) entre las mujeres que nunca presentaron niveles clínicos

de ansiedad y un 43% ($n= 3$) en las que mantuvieron la ansiedad. Comparando los dos grupos anteriores, la diferencia es casi significativa (Test de Fisher significación exacta bilateral; $p =0,056$).

Para poder realizar la prueba chi cuadrado con esta variable, la variable de nivel de estudios original se agrupó en como máximo estudios primarios ("no sabe leer ni escribir", "no completó estudios primarios" y "completo estudios primarios") y más de estudios primarios ("completó estudios secundarios" y "completó estudios universitarios").

El 80% ($n=4$) de las mujeres que se habían recuperado de su ansiedad clínica y el 85,7% ($n=6$) de las que permanecieron siempre ansiosas tenían como máximo estudios primarios, frente a un 51,9% ($n=28$) de las que nunca habían tenido ansiedad clínica. No se han podido demostrar diferencias significativas entre el primero y el último de estos porcentajes (Test de Fisher significación exacta bilateral; $p=0,362$).

Las mujeres que se recuperan se habían realizado bastantes más mamografías fuera del programa (13) que las de los otros grupos (4,4 y 3,5). Sin embargo, no se pudo demostrar una diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos (Prueba de Kruskal-Wallis chi cuadrado= 5,12; $p=0,077$). No hubo diferencias notables en los tres grupos en cuanto a las mamografías dentro del programa (Prueba de Kruskal-Wallis chi cuadrado =4,80; $p=0,091$).

Como puede verse en la Tabla 4 las mujeres que permanecen con un mayor nivel de ansiedad son las más jóvenes (Prueba de Kruskal-Wallis chi cuadrado= 10,38; $p=0,006$).

Los tiempos de espera para recibir el resultado de la mamografía son prácticamente idénticos en los tres grupos de mujeres (Prueba de Kruskal-Wallis chi cuadrado= 1,14; $p=0,566$).

Los valores poblacionales que describen Caro e Ibáñez⁽¹⁵⁾ para la depresión han servido para comparar las puntuaciones obtenidas con las de la población general. En su trabajo queda recogido que en el caso de las mujeres adultas (con una media de edad igual a 39, menor que la de nuestra muestra, por tanto) la media para la depresión fue de 3,3. Dicha media es muy similar a la obtenida en nuestro estudio en los tres momentos de medida.

Existe una disminución de los niveles de depresión desde el primer momento de medida hasta que conocen que su resultado es negativo (F esfericidad asumida= 10,575; $p \leq 0,0001$). Sin embargo, la única disminución significativa es la producida entre el primer y el tercer momento de medida ($p \leq 0,0001$) (entre el primer y el segundo momento $p = 0,883$; entre el segundo y el tercer momento $p = 0,08$).

En la escala de depresión, el porcentaje de mujeres que superan 10 puntos fue de 2,8% ($n=2$) en la entrevista realizada al salir de la mamografía, de 7,2% ($n=5$) en la entrevista realizada a la espera de los resultados y de 1,5% ($n=1$) una vez que conocen que su resultado es negativo. No se demuestra una tendencia lineal estadísticamente significativa (D de Sommers=0,07; $p = 0,6396$).

De las sesenta y seis mujeres de las que se obtuvo la puntuación de la subescala de depresión en los tres momentos de medida, sólo 2 obtuvieron puntuación de caso clínico, para los tres momentos de medida. Otras dos puntuaron alto al principio y más bajo en la última entrevista. El resto nunca alcanzaron puntuación de caso. De todos modos, los escasos efectivos en los dos primeros grupos nos han impedido compararlos con las mujeres que no se deprimieron.

Calidad de Vida

Para comparar las puntuaciones de nuestra muestra con la de la población general en cada una de las dimensiones emocionales del SF-36, se han tomado como referencia los valores poblacionales descritos en Alonso et al⁽²⁵⁾. Como Alonso presenta sus resultados por grupos de edad que no se corresponden exactamente con los de las participantes en nuestro estudio, ha habido que recalcularlos ponderando las medias de los grupos que presenta por el peso que tienen dichos grupos en la muestra de mujeres que acuden al cribado. El resultado de esta ponderación se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. **Ponderación de medias de valores poblacionales del SF-36 (versión 2), según la distribución de edad de la muestra**

	Media ponderada (DE)
Vitalidad	58,2 (23,0)
Función social	84,7 (23,8)
Rol emocional	79,3 (38,2)
Salud mental	65,4 (21,8)

Las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra en los tres momentos de medida son superiores a las de la población general en estas cuatro dimensiones, es decir, la calidad de vida de las mujeres que acuden al cribado es mejor a la de la población general. Una explicación puede ser que a las mujeres de la investigación de Alonso se las entrevistó en su propio domicilio, con lo que no se excluyó a mujeres con problemas físicos o de salud mental graves. Por el contrario, las mujeres de nuestra muestra tuvieron un estado físico y emocional suficientemente bueno como para acudir al cribado.

Los datos sobre la variación de las dimensiones emocionales del SF-36 en los distintos momentos de medida, son los siguientes:

Vitalidad: Prácticamente no se aprecian diferencias entre los tres momentos, lo que confirma el ANOVA de medidas repetidas (F esfericidad asumida=0,201; $p=0,818$).

Función social: Algo parecido sucede con este dominio (F Greenhouse-Geisser=1,092; $p=0,332$).

Rol emocional: Hay un aumento en las puntuaciones de esta dimensión (F esfericidad asumida=4,297; $p=0,016$), aunque sólo el aumento entre el primer y el tercer momento de medida es significativo $p=0,020$ (entre el primer y segundo momento $p=0,148$; entre el segundo y el tercer momento $p=1$).

Salud mental: Hay un aumento en la puntuación de salud mental desde el primer hasta el tercer momento de medida (F esfericidad asumida=4,457; $p=0,013$). El aumento de dicha puntuación solo es significativa entre el primer y el tercer momento de medida $p=0,030$ (entre el primer y el segundo momento de medida $p=0,063$; entre el segundo y el tercer momento de medida $p=1$).

DISCUSIÓN

El porcentaje de participación en esta investigación ha sido alto (67,8%). Con respecto a la representatividad de la muestra, la distribución del estado civil de las participantes en este estudio es muy similar a la de la Encuesta de Población Activa (EPA) en España del 2º trimestre de 2006. No ocurre lo mismo con el nivel de estudios de las participantes, que es superior al de la población general según el Censo de Población del 2001 de la Comunidad de Madrid. Esto puede ser debido a que las mujeres con un mayor nivel de estudios estén más motivadas para acudir a un programa de cribado que las mujeres con un nivel de estudios más bajo. En todo caso, no hay sesgo aparente ni en la edad ni en el nivel de estudios, puesto que ha quedado comprobado que tanto la muestra de las participantes, como la de aquellas que se negaron a participar son similares en estas dos variables.

Si comparamos el porcentaje de inmigrantes de nuestro estudio con el facilitado por el Padrón Municipal de Habitantes a 1 de julio de 2006 del Ayuntamiento de Madrid, vemos que el porcentaje de mujeres que acuden a las Unidades de Detección Precoz es muy pequeño. Esta baja participación de las mujeres inmigrantes no permite que se beneficien de la detección precoz. Para que esto no ocurra es necesario investigar cuáles son los métodos más adecuados para que confíen en el cribado y lo conciban como una herramienta necesaria y efectiva para prevenir el cáncer de mama.

El compromiso de la AECC con la ORCO es que en un plazo de aproximadamente un mes las mujeres conozcan el resultado de su mamografía. Como hemos visto, la demora media en nuestras mujeres fue de 29,1 días, siendo el

tiempo máximo de demora de 38 días, por lo que se puede decir que los tiempos de entrega de resultados a las mujeres del programa se están cumpliendo de manera aceptable. Esta quizás sea una de las razones por las que las participantes en nuestro estudio tienen una opinión tan buena del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Comunidad de Madrid.

Como ha podido verse en los resultados la ansiedad no fluctúa como habíamos predicho: la variación se ha producido siguiendo un descenso desde el primer momento de medida hasta el último, en lugar de subir mientras se espera el resultado como planteaba nuestra hipótesis. Sin embargo, si hemos demostrado que la puntuación al final del proceso es inferior a la de partida.

El porcentaje de mujeres con ansiedad clínica durante todo el proceso es pequeño, 10,6%. No se ha podido comprobar por qué mantienen estos niveles de ansiedad. Podría ser porque sufren de un trastorno de ansiedad por otros motivos o porque el impacto emocional que han sufrido al acudir al programa de cribado ha sido tan grande que el recibir un resultado negativo no ha bastado para recuperar sus niveles de ansiedad normales. Pensamos que la explicación acertada es que estas mujeres podrían sufrir un trastorno de ansiedad por otros motivos anteriores a la citación para acudir al cribado. Apoya esta interpretación el que este estado de ansiedad permanente se asocia con una menor edad de las participantes, lo mismo que han encontrado Caro e Ibáñez y que para muy pocas de estas mujeres acudir a hacerse la mamografía supone un problema⁽¹⁵⁾. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con niveles clínicos de ansiedad en todo momento tenían antecedentes familiares de cáncer y de cáncer de mama, lo que puede ser un motivo para que la

recepción de un resultado negativo no las tranquilice. La única forma de resolver esta duda sería haber obtenido el nivel de ansiedad basal antes de recibir la citación para la mamografía.

Hay un grupo en que parece que sus niveles de ansiedad se ven aumentados pensando en que tienen que hacerse la mamografía y disminuyen después. Cuatro de las cinco mujeres ya se habían recuperado a la espera de los resultados, lo que induce a pensar que lo que les generaba la ansiedad en ese primer momento era hacerse la prueba en sí. De hecho, se comparó a estas con las que nunca están ansiosas con respecto a la percepción de la mamografía como una situación problemática, siendo las mujeres que se recuperaron de su ansiedad clínica las que consideraban problemático el acudir al cribado con más frecuencia, lo que respalda nuestra hipótesis. El problema que encuentran al tener que ir a hacerse la mamografía de cribado podría ser el dejar de atender a personas a su cargo, puesto que el 100% de estas mujeres las tienen. El que no se haya podido demostrar una diferencia significativa seguramente se debe al pequeño tamaño de los grupos de comparación.

Como último comentario respecto a la ansiedad, hay un grupo que no la padecen de forma clínica en ninguna de las fases. Los factores que podrían protegerlas son, por un lado ser viudas, lo que sería acorde en parte con lo expuesto por Olsson et al⁽¹⁴⁾: estos autores encontraron que en las mujeres viudas el impacto de recibir un diagnóstico falso positivo era menor. Según nuestra interpretación, ser viuda se asocia a tener menos obligaciones familiares lo que hace que no les preocupe de modo excesivo una posible enfermedad. Otro factor de protección podría ser una mayor edad, que está relacionada con un

nivel menor de ansiedad, aunque también está muy asociada a la viudez. El último factor de protección sería tener un mayor nivel de estudios. Olsson et al.⁽¹⁴⁾ descubrieron que un nivel de educación bajo predecía el mantenimiento del malestar psicológico a los seis meses de la clarificación de un diagnóstico falso positivo.

En cuanto a la fluctuación de las puntuaciones medias de la depresión durante las fases del programa de cribado tampoco obedece a lo que en un primer momento se esperaba. Al igual que lo ocurrido para los niveles de ansiedad, se produce un descenso en los niveles de depresión desde el primer momento de medida hasta el último, lo que respalda la hipótesis planteada.

Como se ha visto ya, el número de participantes con depresión clínica en los tres momentos de medida fue solo de dos, lo que no nos ha permitido compararlas con las mujeres que no se deprimían como en el caso de la ansiedad. Sin embargo, el porcentaje de mujeres con depresión si aumenta en la segunda entrevista para luego descender, lo que sí se corresponde con la hipótesis planteada.

Las únicas dimensiones emocionales de la calidad de vida que se han visto afectadas por la asistencia al cribado han sido el rol emocional y la salud mental, que son de las cuatro dimensiones las que están orientadas completamente al aspecto emocional. En ambos casos, la puntuación en el primer momento de medida fue significativamente inferior a la del tercero, en línea con lo ocurrido con las puntuaciones de ansiedad y depresión y lo establecido en nuestra hipótesis.

La limitación principal es que no hemos podido saber el nivel basal de las participantes antes de que acudan al cribado, por lo que no sabemos de forma certera si, en el caso de las que padecen

ansiedad alta, esta ansiedad la produce el cribado o ya la tenían por otros motivos. Obtener esta información habría resultado extremadamente difícil. Otra limitación es que no tenemos información de cuál es el motivo real del aumento de la ansiedad a la hora de acudir al cribado: si es porque les resulte desagradable la prueba en si o por motivos prácticos, o porque les preocupa un posible diagnóstico de cáncer de mama. Esta información podría obtenerse por medio de un estudio cualitativo o la administración de un cuestionario específico sobre este asunto. La muestra no ha sido seleccionada de una manera aleatoria, lo que habría sido imposible sin saber de antemano qué mujeres iban a acudir al cribado y cuáles no. El método de selección empleado no parece incorporar ningún sesgo. Por último, la limitación en el número de participantes en el estudio ha impedido la demostración de varias hipótesis planteadas, con lo que este estudio queda como aproximación inicial al tema.

De este estudio se puede concluir que el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Comunidad es bien recibido por las mujeres participantes. Una razón para que sea así, es la celeridad con la que se notifican los resultados. Los efectos de tipo médico son beneficiosos y no parece que haya efectos negativos a nivel emocional, lo que apoya la buena praxis tanto de la ORCO como de la AECC. Un dato a tener en cuenta para posibles investigaciones es la inferior participación de las mujeres inmigrantes en este Programa en comparación con el resto de la población. Esto último sugiere que puede ser necesaria la realización de campañas específicas de prevención del cáncer de mama para este tipo de población, que ayuden a aumentar su participación en el mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González A, González MJ. Los Programas de Detección Precóz del Cáncer de Mama en España. *Psicooncología* 2007; 4(2-3): 249-63.
2. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid, 1998.
3. Lowe JB, Balanda, KP, Del Mar C, Hawes, E. Psychological distress in women with abnormal findings in mass mammography screening. *Cancer* 1999; 85(5): 1114-8.
4. Absetz P. Determinants and psychological implications of breast cancer risk perceptions in the course of mammography screening. Publications of the National Public Health Institute. University of Helsinki. 2002.
5. Documento Técnico de Salud Pública nº 51. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 1988.
6. Olivotto I, Gomi A, Bancej A, Brisson J, Tonita J, Kan L, et al M, Shumak R. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer* 2002; 94(8): 2143-50.
7. Trask PC, Paterson AG, Wang C, Hayasaka S, Milliron KJ, Blumberg LR, et al. Cancer-specific worry interferente in women attending a breast and ovarian cancer risk evaluation program: impact on emotional distress and health functioning. *Psychooncology* 2001; 10: 349-60.
8. Rijnsburger AJ, Essink-Bot ML, van Dooren S, Borsboom GJJM, Seynaeve C, Bartels CCM et al. Impact of screening for breast cancer in high-risk women on health-related quality of life. *Br J Cancer* 2004; 91: 69-76.
9. Frost M H, Suman VJ, Rummans T A, Dose A M, Taylor M et al. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psychooncology* 2000; 9: 221-31.
10. Kroenke CH, Rosner B, Chen WY, Kawachi I, Colditz GA, Holmes MD et al. Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *J Clin Oncol* 2004; 22(10): 1849-56.
11. Valdimarsdottir HB, Bovbjerg DH, Kash KM, Holland JC, Osborne MP, Miller DG. Psychological distress in women with familial risk of breast cancer. *Psychooncology* 1995; 4: 133-41.
12. Zakowski SG, Valdimarsdottir HB, Bovbjerg DH, Borgen P, Holland J, Kash, K et al. Predictors of intrusive thoughts and avoidance in women with family histories of breast cancer. *Ann Behav Med* 1997; 19: 362-9.
13. Watson EK, Henderson BJ, Brett J, Bankhead C, Austoker J. The psychological impact of mammographic screening on women with a family history of breast cancer-a systematic review. *Psychooncology* 2005; 14(11): 939-48.
14. Olsson P, Armelius K, Nordahl G, Lenner P, Westman G. Women with false positive screening mammograms: how do they cope? *J Med Screen* 1999; 6: 89-93.
15. Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Bol Psicol* 1992; 36: 43-69.
16. Zigmond AS, Snaith PP. The Hospital Anxiety and Depresión Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
17. Tejero A, Guimera E, Farre, JM, Peri, JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*. 1986; 13, 233-8.
18. Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: EDITTEC, 2007; p. 60.
19. Scaf-Klomp W, Sanderman R, Van de Wiel HBM, Otter R, van den Heuvel WJA. Distressed or relieved? Psychological side effects of breast cancer screening in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 705-10.

20. Gilbert FJ, Cordiner CM, Affleck IR, Hood DB, Mathieson D, Walker LG et al. Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with and without a family history of breast cancer. *Eur J Cancer* 1988; 34(13): 2010-4.
21. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjärdén PO. Short and long term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer* 2001; 37: 463-9.
22. Muñoz M, Roa A, Pérez E, Santos-Olmo AB, de Vicente A. Instrumentos de Evaluación en Salud Mental. Madrid: Pirámide, 2002; p. 49.
23. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center. 1993.
24. Ware JE, Kosinski M., Dewery JE. How to score version 2 of the SF-36 Health Survey. Lincoln RI. 2000.
25. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-6.