



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Programa de Maestría y Doctorado**

**en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud**

**Estilos de afrontamiento en pacientes con  
cáncer de mama: Depresión y Ansiedad**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**P R E S E N T A:**

**OSCAR GALINDO VÁZQUEZ**

**DIRECTORA: DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA**

**COMITÉ DE TESIS: DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ ORTEGA**

**DRA. REBECA ROBLES GARCIA**

**DRA. ALEJANDRA MORENO ALTAMIRANO**

**DRA. MA. ASUNCIÓN LARA CANTÚ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

### RESUMEN

### INTRODUCCION

### CAPITULO 1

#### CANCER DE MAMA

1.1. Aspectos generales.....	8
1.2 Definición.....	9
1.3 Aspectos epidemiológicos del Cáncer de Mama en México.....	10
1.4 Sintomatología.....	12
1.5 Clasificación de estadios de cáncer de mama.....	13
1.6 Factores de riesgo.....	14
1.7 Aspectos psicosociales del cáncer de mama.....	17

### CAPITULO 2

#### ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

2.1 Aspectos generales.....	21
2.2 Definición de estilos de afrontamiento.....	22
2.3 El afrontamiento de la enfermedad (cáncer).....	23

### CAPITULO 3

#### DEPRESION Y ANSIEDAD EN LA PACIENTE ONCOLOGICA

3.1 Aspectos generales.....	28
3.2 Definición de depresión.....	28
3.3 Definición de ansiedad.....	31
3.4 Depresión y Ansiedad en pacientes con cáncer de mama.....	32

<b>CAPITULO 4</b>	
<b>MODELO CONCEPTUAL PROPUESTO.....</b>	<b>35</b>
4.1 Principios.....	36
4.2 Planteamiento Conceptual.....	37
<b>CAPITULO 5</b>	
<b>MÉTODO</b>	
5.1 Planteamiento del Problema.....	40
5.2 Justificación.....	40
5.3 Objetivo general.....	41
5.4 Objetivos particulares.....	41
5.5 Pregunta de investigación.....	41
5.6 Hipótesis de trabajo.....	41
5.7 Tipo de diseño.....	42
5.8 Escenario de la investigación.....	42
5.9 Participantes y muestreo .....	42
5.10 Criterios de inclusión.....	43
5.11 Criterios de exclusión.....	43
5.12 Instrumentos.....	43
5.13 Procedimiento.....	46
5.14 Consideraciones éticas.....	47
<b>CAPITULO 6</b>	
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPITULO 7</b>	
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>

<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO 1 Texto de Consentimiento informado.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO 2 Instrumentos.....</b>	<b>99</b>

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar los estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama y su asociación con sintomatología ansiosa y depresiva. Los estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama es un proceso cognitivo, afectivo y conductual dirigido a manejar las demandas que implica el diagnóstico, control, pronóstico de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico de mama. De acuerdo Moorey y Greer (1992) los estilos de afrontamiento activos-positivos son los siguientes: Interpersonal, Cognitivo Conductual, Enfoque positivo, Distracción-Diversión y Planeación. El propósito del presente estudio consistió en identificar los estilos de afrontamiento activos-positivos y su relación con niveles de sintomatología depresiva y ansiosa ante el cáncer de mama en un grupo de pacientes de dos instituciones públicas de salud del valle de México: Instituto de Alta Especialidad y Hospital General. Los resultados muestran una relación inversamente proporcional entre los estilos de afrontamiento activo positivos y los diferentes niveles de sintomatología depresiva y ansiosa. Así mismo se identificaron diferencias estadísticamente significativas en relación con niveles de sintomatología depresiva y ansiosa entre las muestras de las dos instituciones de salud donde se llevó a cabo la presente investigación. Se espera que los hallazgos de esta investigación permitan aportar información acerca de la relación de los estilos de afrontamiento activos-positivos y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento en etapas tempranas del proceso oncológico, y por ende tener mayor probabilidad de afrontar de forma más adaptativa su enfermedad y recuperar su salud.

Palabras claves: Ansiedad, Cáncer de mama, Depresión, Estilos de afrontamiento.

## Introducción

El comportamiento humano ante la enfermedad representa un aspecto de sumo interés para el profesional de la salud en el continuo salud-enfermedad, pues puede convertirse por una parte en factores protectores y en sentido inverso en conductas desadaptivas que representan factores de riesgo a la salud. En este sentido, enfermedades denominadas crónica-degenerativas se encuentran fuertemente ligadas con el comportamiento, el cual predice en alguna medida la pérdida de la salud en el sentido de anticiparlas y en sentido contrario la protegen en escenarios prepatogénicos, representando una barrera conductual ante la enfermedad.

De acuerdo a la Academia Nacional de Medicina (2009), la trascendencia de las enfermedades crónico-degenerativas, que se han convertido en las primeras causas de muerte en México, podrían acortarse con cambios sustantivos en el comportamiento. Estos padecimientos demandan cambios significativos en el estilo de vida de quien los padece, en sus actividades y en las de su familia, afectando el bienestar del paciente y de quienes lo rodean (Riveros, 2002).

En este contexto enfermedades como el cáncer de mama representan importantes problemas de salud pública en nuestro país, el cual conlleva importantes repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas en las pacientes que lo padecen.

El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto. Esto es particularmente evidente en los países de ingresos medios como México, en los que la transición epidemiológica y demográfica han progresado en forma notable (Knaul y Cols, 2009).

En este contexto, la Salud Mental de la paciente con cáncer de mama se ve afectada no sólo por la inherente condición médica diagnosticada y su tratamiento, sino por el componente psicológico y social que esto implica, asociada con aspectos como el estilos de afrontamiento ante la enfermedad y su asociación con depresión y ansiedad que conlleva más la norma que la excepción.

Ridruejo, Medina y Rubio (1997) mencionan que una consecuencia de la enfermedad oncológica es la depresión y que en los casos de mayor intensidad puede ser requerido un tratamiento específico. Adicionalmente Friccione y Marcantonio (2005) señalan que la enfermedad oncológica puede inducir un estados de ansiedad sobre todo cuando los mecanismos de afrontamiento ante la enfermedad son deficientes.

Los estilos de afrontamiento ante el cáncer de mama, fungen como un mecanismo que coadyuva a determinar la adaptación y la procuración de de decisiones de solución de problemas ante el proceso oncológico; y en dirección contraria, como un mecanismo exacerbador de estados psicológicos desadaptativos asociados con una endeble funcionalidad.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), los estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Moorey y Greer (1992), señalan que dentro de los estilos de afrontamiento ubicamos aquellos denominados afrontamientos activos-positivos dirigidos a manejar las demandas que implican el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico de mama. Los cuales son: Interpersonal, Cognitivo Conductual, Enfoque positivo, Distracción-Diversión y Planeación.

La mayoría de los estudios al respecto se han centrado en la identificación de estilos de afrontamiento generales ante el cáncer de mama, por lo que la contribución del presente estudio es la identificación de los estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer, caracterizados por conductas y cogniciones dirigidas a llevar a cabo comportamientos adaptativos que coadyuven a recuperar la salud de la paciente durante la enfermedad.

En este sentido la atención a la salud mental de las pacientes con cáncer de mama, y en específico los estilos de afrontamiento activos-positivos, como amortiguadores de procesos depresivos y ansiosos, representan un aspecto de interés ya que constituyen un mecanismo que puede orientar a la adaptación ante el proceso oncológico.



# Capítulo 1

## Cáncer de mama

### 1.1 ASPECTOS GENERALES

De acuerdo a Herrera y Cols. (2006), el cáncer es una anomalía que puede tratarse de formas diferentes. Desde el punto de vista biológico es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; tal modificación conduce al desarrollo de una clona que tiene la capacidad de invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse en sitios distantes, con formación de nuevas colonias o propagación metastásica

Cirera (1997) menciona que el cáncer no es una enfermedad sino que agrupa un conjunto polimorfo de entidades que no son homogéneas por su sintomatología, antes bien, constituyen una miscelánea de trastornos que comparten ciertos rasgos críticos, cuyo común denominador lo constituye un crecimiento desordenado e incontrolable de células.

Los diferentes tipos de cáncer son padecimientos muy complejos, de origen multifactorial, algunos con un fuerte componente genético y otros determinados por algunos factores ambientales, siendo por esa complejidad que la investigación en cáncer es en diferentes aspectos muy relevante (Andonegui, 2006).

Pese a que existen diversos tipos de cáncer, se clasifican de acuerdo con cuatro grupos principales (Sydney, 1995):

- 1.- Carcinomas, que proceden del tejido epitelial que cubre piel, boca, garganta, pulmones, conducto gastrointestinal, el cuello del útero y los senos.
- 2.- Los sarcomas afectan a los huesos y al tejido conjuntivo o blando, en músculos, tendones, tejidos fibrosos, grasa y revestimiento de pulmones, abdomen, corazón, sistema nervioso central y vasos sanguíneos.
3. Las leucemias se desarrollan en el tejido sanguíneo y el tejido hematopoyético, como la médula ósea.

4. Los linfomas, atacan al sistema linfático que es una red de vasos y ganglios que irrigan a los tejidos del cuerpo y ayudan a combatir infecciones eliminando bacterias, virus, células muertas y otros agentes nocivos.

En este contexto, Porter (2009) menciona que la creciente incidencia de cáncer de todo el mundo y la creciente carga de las muertes por cáncer de mama que experimentan los países de bajos ingresos se pueden asociar con las causas de incidencia cada vez mayor, atribuibles a los cambios en la prevalencia de factores de riesgos reproductivos, cambios de estilo de vida, genética y las diferencias biológicas entre grupos étnicos y raciales.

Flores-Luna y Cols (2008) señalan que desde hace varias décadas, este tipo de cáncer se ha incrementado en grado notable alrededor del mundo permaneciendo este crecimiento a pesar de que existen mejores instrumentos de diagnóstico, mejores tratamientos, mayor conocimiento de los factores de riesgo y diversos programas de detección temprana.

Lazcano-Ponce y Cols. (1996) puntualizan que la investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del cáncer de mama deben reunir diversas disciplinas del conocimiento, en una franca integración ecléctica para dar una respuesta social organizada a la sobredemanda de los servicios de salud que se perfila en México.

Finalmente Bacela y Bueno (1996) señalan que la evaluación de la paciente con cáncer de mama ha de comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y sintomatología física que están asociadas a esta enfermedad y su tratamiento.

## 1.2 DEFINICION

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica, el cáncer de mama se define como el tumor maligno en general que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis (SSA, 2002).

### 1.3 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL CANCER DE MAMA

De acuerdo a Martínez-Montañez y Cols (2009), en estrecha relación con las transiciones demográfica y epidemiológica, el cáncer de mama es cada vez más frecuente en las mujeres mexicanas; más aún, se ha convertido en la actualidad en uno de los principales desafíos para el sistema de salud en México y sin duda tendrá mayor relevancia en el futuro.

Frenk (2003) señala que el aumento en la frecuencia del cáncer en la patología de México forma parte de la llamada Transición Epidemiológica, que representa la coexistencia de problemas de salud que caracterizan a diferentes épocas en el desarrollo progresivo de una sociedad. El padecimiento oncológico de mama puede ocurrir en mujeres de cualquier nivel social, económico y étnico, aunque son las mujeres con mayores desventajas sociales y menores recursos las más vulnerables (Shinagawa, 2000).

Infortunadamente más de 80% de los casos de cáncer de mama se identifica en etapas avanzadas de la enfermedad. Esta nueva realidad para el cáncer de mama en México obliga a plantear nuevas medidas para conocer mejor las causas y factores de riesgo de esta tumoración, la forma de mejorar la detección oportuna, el diagnóstico, el tratamiento y la infraestructura de los servicios médicos necesaria para el óptimo control de la enfermedad (Mohar y Cols, 2009; Nigenda, 2009).

A pesar de los avances de la oncología moderna a nivel mundial en cáncer mamario, esta enfermedad es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer, con más de un millón de casos nuevos cada año OMS (2006). El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para su detección, tratamiento y control (Cárdenas & Sandoval, 2008). El cáncer de mama constituye la causa más frecuente de tumor maligno en la mujer, representando del 20 al 33% (Dennis, 2004; Parkin, 2005)

En este contexto, Andonegui (2006) señala que el cáncer no es sólo un problema en nuestra ciudad o país, sino que tiene un enorme impacto a nivel mundial: la última estadística global muestra la detección de 10 millones de casos nuevos de cáncer de mama, mientras la mortalidad debida al mismo fue de cerca de 7 millones. Estas enormes cifras afectan la salud pública y economía del mundo pues generan enormes gastos en el sistema de salud y pérdidas en el campo laboral. En México, el cáncer de mama también ha mostrado un aumento en los indicadores de salud. La incidencia calculada es de 38.4 por 100 000 mujeres y la mortalidad estandarizada se ha duplicado en los últimos 20 años (12.2 muertes por 100 000 mujeres) (Flores-Luna & Cols. 2008).

En México, el cáncer de mama representa ya la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 25 y más años. La tasa de mortalidad del cáncer de mama ha superado a la del cáncer cervicouterino y se ha incrementado en los últimos años, desde una tasa ajustada por edad de 5.9 por 100 000 mujeres de 25 años y mayores en 1980, hasta casi 9 a mediados del decenio de 1990 (Globocan 2008).

Poblano-Verástegui y Cols (2004) señalan que en México existen barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales en el acceso y utilización del examen clínico de mama. Por ende, la condición de cáncer de mama como problema de salud pública requiere de sistemas y profesionales de la salud que solventen las constantes demandas de atención médica que la población femenina requiere. Rodríguez y Rojas (1998) puntualizan que la atención a la salud constituye uno de los retos y prioridades más importantes, y que para dar respuesta a este reto se cuenta con sistemas de salud en los que simultáneamente operan varios esquemas para prestar servicios.

La evidencia de México muestra que el cáncer de mama es un desafío clave para la salud de la mujer y también para el sistema de salud. Es esencial la detección temprana, junto con una combinación de intervenciones para poder hacer frente a este desafío (Knaul y Cols, 2009).

En México esta patología se ha convertido en un problema creciente de salud pública. Tanto la mortalidad como el número de casos nuevos que se presentan cada año se

ha incrementando paulatinamente y en la actualidad, como ya se mencionó anteriormente, el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasias malignas en las mujeres de 25 años en adelante. Por todo lo anterior, se deduce que los servicios de salud del país tienen un gran reto, ya que deberán invertir en ampliar la cobertura y mejorar su calidad con la finalidad de ofrecerle a la población mexicana en general una detección, diagnóstico y tratamiento oportunos (Cárdenas & Sandoval, 2008).

Finalmente, Frenk (2009) señala que ya sea que se trate de poner en marcha un nuevo programa o de extender el alcance de los ya existentes, hay tres medidas que parecen indispensables: 1) sensibilizar a la población sobre la creciente importancia de este problema; 2) reconocer en la detección temprana la clave del control de esta enfermedad y 3) luchar contra las barreras culturales que impiden su abordaje racional.

#### 1.4 SINTOMATOLOGIA

De acuerdo a Lara y Cols (2006) la sintomatología del cáncer de mama se establece mediante interrogatorio cuidadoso, examen físico minucioso, estudios de imagen y biopsia de la lesión. Las manifestaciones son diversas, desde una enfermedad subclínica (sólo detectable por imagen) hasta la afección florida, como el carcinoma inflamatorio; empero muchas veces se presenta como un tumor palpable indoloro y hasta 30% tiene adenopatías metastásicas palpables.

De acuerdo a Sydney (1995), las señales iniciales de alarma del cáncer mamario rara vez se asocian a dolor y a diferencia de muchos otros tipos de cáncer, por lo general se pueden ver y palpar externamente, con los siguientes síntomas:

- \* Una protuberancia persistente o un engrosamiento en el seno o la axila.
- \* Cambio en el tamaño o entorno del seno.
- \* Cambio de color del seno o aréola.

- \* Formación de hoyuelos, rugosidades, escamaciones o cambios similares en la textura de la piel.
- \* Secreción anormal de los pezones.
- \* Retracción o escamosidad del pezón.
- \* Dolor no asociado a la menstruación.

De acuerdo Angel y Cols. (2004), las manifestaciones del cáncer de mama son diversas, desde la enfermedad subclínica hasta la afección evidente como: carcinoma inflamatorio, tumor palpable indoloro o adenopatías metastásicas palpables que producen cambios en la piel (retracción, piel de naranja, ulceración y deformación de la glándula mamaria). Adicionalmente, Amigo (1998) menciona que en algunos casos el cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito o fiebre.

## 1.5 CLASIFICACION DE ESTADIOS DE CANCER DE MAMA

Yeatman y Bland (2000) indican que, el propósito de la estadificación del cáncer es el de determinar la extensión anatómica de la enfermedad actual y la tendencia a la progresión del tumor de modo que se pueda instituir una terapia adecuada.

En el mismo sentido Wagner y Cols. (2000) señalan que la estadificación de la paciente con cáncer de mama es un aspecto sumamente importante en el proceso de planificación del tratamiento, constituyendo un auxiliar para proporcionar informes precisos y datos sobre el pronóstico.

El sistema de estadificación Tumor Nódulos Metástasis (TNM) actual requiere la confirmación microscópica y la tipificación histológica (por biopsia o por medio de algún procedimiento quirúrgico definitivo) antes de intentar cualquier clasificación por estadio (Yeatman & Bland, 2000).

El diagnóstico de estadificación de cáncer de mama más ampliamente usado se efectúa mediante el sistema (TNM) del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*:

#### Tumor (T)

Tx. El tumor primario no puede ser determinado.

T0. No existe evidencia de tumor primario.

Tis. Carcinoma *in situ* de mama.

T1. Tumor de 0.2cm de su diámetro.

T1a. Tumor de 0.5cm o menos en su mayor dimensión.

T1b. Tumor mayor de 0.5cm pero menor de 1cm.

T1c. Tumor mayor de 1cm pero menor de 2cm.

T2. Tumor mayor de 2cm pero menor de 5cm.

T3. Tumor mayor de 5cm en su mayor dimensión.

T4. Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la piel o a la pared torácica.

T4a. Fijación a la pared torácica.

T4b. Edema o ulceración de la piel de la mama o nódulos cutáneos satélite limitados a la misma mama.

T4c. Ambas situaciones anteriores (T4a y T4b).

T4d. Carcinoma inflamatorio.

#### Ganglios (N)

N0 Ausencia de tumor en los ganglios regionales.

N1 Metástasis en los ganglios homolaterales, móviles.

N2 Metástasis en los ganglios homolaterales en conglomerado o fijos.

N3 Metástasis en los ganglios mamarios internos homolaterales.

Metástasis (M)

M0 Ausencia de metástasis a distancia.

M1 Metástasis a distancia.

Agrupación de estadíos de cáncer de mama.

American Joint Committee on Cancer (AJCC, 2002).

Etapa	T TUMOR	N NODULOS	M METASTASIS
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio 1	T1	N0	M0
Estadio II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estadio III B	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1



## 1.6 FACTORES DE RIESGO

En relación a los factores de riesgo del cáncer de mama, se describe como un proceso multifactorial que conlleva la interacción de factores comportamentales, genéticos y ambientales, los cuales determinan en gran medida el desarrollo del proceso oncológico.

Los factores de riesgo se consideran como aquellos aspectos multifactoriales que propician la aparición y desarrollo de alguna enfermedad física o trastorno psicológico, son los eventos, condiciones o conductas que incrementan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

Vega (2006) menciona que no existe un factor etiológico único para el cáncer en general ni para un determinado tipo de neoplasia en particular, ubicándose factores predisponentes que aumentan la probabilidad de que un determinado individuo sea afectado por un determinado tipo de cáncer.

De acuerdo a Cabrera (2007), el cáncer de mama es una enfermedad de origen multifactorial donde las mujeres que tienen antecedentes familiares inmediatos de cáncer de mama requieren mayor atención.

Dentro de los factores de riesgo se consideran aquéllos nombrados como heredables (No modificables) que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser modificados; y los asociados a los estilos de vida (Modificables) susceptibles de ser modificados en beneficio de la salud.

En general, los factores de riesgo específicos para el desarrollo del cáncer de mama conllevan: historia familiar previa de cáncer mamario sobretodo en familiares de primer grado, carcinoma de ovario, embarazo después de los 30 años, nuliparidad, menopausia temprana y tardía, obesidad, historia de tumores benignos de mama, carcinoma previo en una mama, sobretodo en la mujer premenopáusica, uso de alcohol y tabaco (Martín & Crespo, 2000; Pattison, Cowley, Lewcke & Marshall, 2004).

Dentro de los factores de riesgo modificables ubicamos aspectos como la nuliparidad, obesidad, tabaquismo y uso de anticonceptivos; en relación con los factores no

modificables establecemos aspectos como los genéticos, antecedentes familiares de cáncer mamaria y la menarca temprana y tardía.

Lozano Ascencio y Cols (2009) mencionan que aunque la mayoría de los factores de riesgo identificados puede ser modificables, los retos para los sistemas de salud se concentran en actividades que permitan fortalecer la prevención primaria (investigación y desarrollo de tecnologías) y actividades de prevención secundaria y terciaria.

## 1.7 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CANCER DE MAMA

La paciente con cáncer de mama se enfrenta a muchos factores estresantes durante su enfermedad que incluyen el temor a una muerte dolorosa, a la incapacidad, a la desfiguración y a la dependencia. Aunque estos temores son universales, el nivel de malestar psicológico varía bastante en función de la personalidad, la capacidad de afrontamiento, el apoyo social y los factores médicos (Roth & Breitbart, 2003). Brennan (2001) señala que el cáncer de mama representa fundamentalmente cambios en la relación del individuo con su medio ambiente, cambios que pueden alterar las suposiciones acerca del valor y control personal de la paciente.

Ser diagnosticada con cáncer de mama anuncia un angustioso lapso de tiempo en la vida de una mujer. Deficiencias en el emocional y social, su rol de trabajo, y la imagen corporal; requiriendo un apremiante ajuste psico-sexual son unas de las formas más frecuentes de angustia experimentados por las pacientes con cáncer de mama (Irvine, 1996).

Los responsables sanitarios deben considerar las creencias personales de las pacientes sobre la causa del cáncer y su recurrencia, que pueden estar en desacuerdo con la evidencia científica. Esto puede ayudar a enmarcar la gestión de pacientes de manera personalmente significativa, que puede aumentar las conductas de salud, adherencia, satisfacción y calidad de la vida (Stewart y Cols. 2001).

Un aspecto estrechamente asociado con el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del proceso oncológico de mama es el estrés, el cual repercute en la atención, adherencia al tratamiento y calidad de vida de las pacientes oncológicas.

El estrés es una desagradable experiencia emocional, psicológica, social y espiritual que puede interferir con la habilidad para manejar efectivamente el cáncer, sus síntomas y tratamiento, extendiéndose en un continuo que va desde sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza, miedo a problemas que pueden llegar a presentarse, hasta ansiedad, depresión y crisis existenciales y espirituales (NCCN, Distress Management, 2010).

Cárdenas y Sandoval (2009) mencionan que el tratamiento del cáncer mamario es complejo y requiere de la participación de un equipo multidisciplinario para poder ofrecerles a las pacientes un diagnóstico, tratamiento y seguimiento óptimo. En este sentido, en la Oncología ha habido un reconocimiento explícito de que para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención a la paciente de cáncer de mama se ha de proporcionar una adecuada asistencia psicológica (Cruzado, 2003).

Las pacientes con cáncer de mama se enfrentan a condiciones psicológicas muy diversas, no sólo cuando se comparan unas con otras, sino en el transcurso de la enfermedad, pues algunas pacientes diagnosticadas de cáncer están básicamente sanas y tienen la perspectiva de una supervivencia normal; mientras que otras pacientes se encuentran bajo un escenario de salud más adverso, bajo un intenso estrés psicosocial o ante una muerte inminente, inclusive algunas pacientes funcionan bien mientras que otras con igual diagnóstico y tratamiento presentan un pobre funcionamiento psicológico (Raison y Cols. 2007; Rowland & Massie, 1996).

Todas las pacientes deben ser evaluadas en sus niveles de estrés desde su visita inicial, en intervalos apropiados y respeto a indicaciones clínicas específicas como los cambios en su condición de enfermedad (NCCN, Distress Management, 2010).

Nigenda (2009) menciona que otro aspecto de importancia en la paciente con cáncer de mama son los cambios en la relación con la pareja y la familia las cuales suelen tornarse complejas tras la detección del padecimiento pues se observa en las mujeres un sensación de falta de apoyo por parte de sus parejas e incluso de abandono. Sin embargo, algunas de

las parejas refieren interés y comprensión, por lo que la interacción psicológica y emocional requiere pese a todo una atención mucho más profunda; siendo posible plantear que los estereotipos culturales, como el machismo, juegan un papel importante en el ocultamiento y la falta de aceptación de los hombres ante el planteamiento de sus parejas.

Zabora (2000) enfatiza la importancia de delinear la capacidad de adaptación de las pacientes al diagnóstico del cáncer de mama, del establecimiento de relaciones de apoyo con el equipo de salud y otros parientes, así como el definir las condiciones que promueven la adaptación.

Las reacciones emocionales de quienes afrontan el diagnóstico de cáncer de mama son variables y pueden estar en función de aspectos como la edad, las condiciones físicas de la persona, la severidad de los síntomas, así como con los recursos y habilidades individuales y la presencia y eficacia de las redes de apoyo social (McGarvey y Cols, 1998; Hipkins, Whitworth, Tarrier & Jayson, 2004).

Low y Cols (2006) mencionan que para examinar la adaptación al proceso oncológico de mama es importante considerar el contexto y características individuales de la paciente, las cuales suelen diferir de forma importante en cada una de ellas. Epstein y Hicks (2006) señalan que las pacientes pueden presentar preocupaciones por el impacto potencial de la enfermedad en su capacidad de trabajar, en la realización de sus funciones domésticas o en la posibilidad de mantener los ingresos así como en la incertidumbre sobre si se podrá pagar la asistencia médica del proceso oncológico.

Dukes y Holahan (2003) mencionan que estas reacciones incluyen ansiedad, depresión, ira y hostilidad, problemas de concentración, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, trastornos del sueño y del apetito, así como dificultades en sus actividades cotidianas e incremento de uso de tranquilizantes y alcohol.

En líneas generales, los problemas psicosociales que experimentan las pacientes con cáncer de mama son los siguientes (Font, 1988):

- 1.- Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés).

- 2.- Problemas derivados de la sintomatología depresiva física (efectos directos de la enfermedad, como dolor, efectos colaterales de los tratamientos).
- 3.- Problemas derivados de la ruptura de modelos de vida cotidianos (laborales, familiares, de relación social).

Bultz y Cols. (2000) señalan que aunque el impacto psicosocial del diagnóstico y el tratamiento en mujeres con cáncer de mama está documentado, no se puede hablar en el mismo sentido del impacto sobre las parejas de estas mujeres. Esto es lamentable, dado que los cónyuges representan un fuente primaria de apoyo social para pacientes casadas (Roberts y Cols. 1994), conllevando un mejor adecuación asociada con un mejor ajuste psicosocial en la paciente oncológica de mama (Roberts, 1994; Northouse, 1995).

## Capítulo 2

### Estilos de afrontamiento

#### 2.1 ASPECTOS GENERALES

Dada la importancia que los factores asociados a la salud mental tienen sobre el curso de las enfermedades oncológicas, se ha incrementado el interés que tienen aspectos como los estilos de afrontamiento asociados a dichos padecimientos. En este contexto, los modelos psicológicos dirigidos al estudio del afrontamiento como proceso mediador en escenarios de la salud, ha contribuido al mejor entendimiento del continuo salud-enfermedad desde una perspectiva interaccionista.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1991), el afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello le genera.

Mitchell y House (2000) indican que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos para reducir la distancia entre las demandas y los recursos del individuo. El afrontamiento es todo aquello que la gente hace para controlar, tolerar o reducir los efectos de los estresores vitales: amenazas percibidas, problemas existentes o pérdidas emocionales (Aspinwall & Taylor, 1997; Lazarus, 2000).

Urquidi y Cols. (1996) mencionan que para el caso particular del cáncer de mama, dentro de las variables psicosociales estudiadas se encuentran las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicosocial a la enfermedad, las cuales resultan de vital importancia para comprender cómo la paciente se enfrenta a la tarea de reorganizar su vida diaria en los diferentes ámbitos como el social, laboral, interpersonal, sexual y familiar.

Wade y Tavrís (2003) señalan que la palabra afrontamiento implica que las personas actúan de una manera que les ayuda a sobrevivir al estrés. Pero algunas personas afrontan sus problemas de una forma que no sólo les ayuda a resistir en la adversidad, sino que de hecho les ayuda a progresar, aprendiendo de sus experiencias. Naturalmente, la utilización

de unos u otros mecanismos dependerá de los recursos psicológicos, familiares o sociales de que dispongan las pacientes y de su nivel previo de adaptación (Munuera, 2004).

Los diferentes modelos de afrontamiento que un sujeto utilice dependerán de la sensibilidad y vulnerabilidad de éstos ante los diferentes tipos de situaciones estresantes, situando al afrontamiento como efectivo o inefectivo de acuerdo al impacto importante en la vida, de tal modo que una paciente, con cáncer de mama por ejemplo, experimentará cambios en diferentes esferas de su vida y dependiendo del tipo de afrontamiento podrá manejar favorable o desfavorablemente dichos cambios (Urquidi, 1996; Lazarus & Folkman, 1991).

## 2.2 DEFINICION DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman (1991) definen a los estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

En relación a los estilos de afrontamiento activos-positivos Moorey y Greer (1992), que se caracterizan por estar dirigidos a manejar las demandas demandas y externas que implican el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico de mama. Los cuales son de tipo Interpersonal, Cognitivo Conductual, Enfoque positivo, Distracción-Diversión y Planeación.

El afrontamiento tiene tres aspectos principales:

- 1) Es un proceso orientado, lo cual quiere decir que se encuentra en lo que la persona piensa y hace en un entorno estresante específico y cómo éste cambia conforme se desarrolla.
- 2) Es contextual, esto es, está influenciado por la evaluación de la persona respecto a las demandas actuales en su entorno y los recursos para manejarlos. El énfasis en el contexto

significa que una persona particular y situación varían juntas dando forma a los esfuerzos de afrontamiento.

3) No se hacen suposiciones *a priori* acerca de lo que constituye un afrontamiento bueno o malo, el afrontamiento se define simplemente como los esfuerzos de una persona para manejar las demandas, sean o no los esfuerzos exitosos (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis & Gruen, 1986).

En la misma dirección, Urquidí y Cols. (1999) señalan que las diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas dependiente de si dichas estrategias ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas (a través de la reestructuración cognitiva) o del manejo pertinente de las respuestas emocionales.

En este sentido, el afrontamiento se comprende como un proceso más que como un rasgo, lo cual se refleja en su continuo cambio ante demandas, contextos y adversidades diversas, enfatizando su trascendental componente cognitivo como medio de evaluación.

Finalmente, Caballo y Anguiano (2002) puntualizan que la calidad de una estrategia de afrontamiento (su eficacia o idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos en una situación particular y a largo plazo, y aun las personas que usan la negación o evitación como forma de afrontamiento experimentarán un mayor alivio emocional en la primera situación amenazante, pero mostrarán constantemente vulnerabilidad continua en todas las situaciones que se le presenten.

### 2.3.EL AFRONTAMIENTO DEL CANCER

De acuerdo a Moss (1977), vivir con una enfermedad crónica como el cáncer de mama exige control en muchas áreas de las crisis posibles; de los regímenes terapéuticos que requieren cambios de estilos de vida, reorganización de tiempo, de los sentimientos y emociones, mantenimiento de relaciones adecuadas con otras personas significativas y mantenimiento de un equilibrio entre la necesidad de pedir ayuda a la familia y amigos y la de tener un control personal y autosuficiencia.



Las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección (Oblitas, 2006). De acuerdo a Reynoso y Seligson (2005), los principales problemas que presenta el paciente con cáncer se derivan de las creencias erróneas la mayoría de las veces sobre la enfermedad, y el curso que tomará sobre el tratamiento y sus complicaciones. La paciente con cáncer tiene miedo ya que desconoce los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento que le serán realizados.

En este sentido, Espinosa (2003) señala que el curso de la enfermedad puede ser muy variado, algunas enfermedades son estables una vez pasada la crisis aguda, otras pasan por periodos de remisión seguidos de exaltación. Otras son continuas y progresivamente deteriorantes, siendo la predictibilidad el factor clave para la adaptación y manejo de la enfermedad.

En relación al proceso de afrontamiento del cáncer, Frumin y Greenberg (2005) mencionan que los pacientes pueden rechazar inicialmente, no creer el diagnóstico o minimizar su gravedad. La negación completa del diagnóstico impide que el paciente considere las opciones terapéuticas razonables, entorpeciendo la toma de decisiones racionales. En el momento del diagnóstico, la mayoría de las veces el médico no informa todos los pormenores de la enfermedad; y muy pocas pacientes preguntan claramente sobre su enfermedad, su pronóstico, los efectos de los tratamientos y la dieta adecuada a seguir (Carrasco, 2003).

Reynoso y Seligson (2005), indican que los pacientes con cáncer además son sometidos a una serie de procedimientos médicos diagnósticos, como las biopsias, las más de las veces dolorosos, lo cual también genera estrés.

De acuerdo a Lara y Alvear (1991), en la enfermedad del cáncer existen dos aspectos importantes que la colocan en un lugar aparte de la mayoría de otras enfermedades y que determinan la manera en que los pacientes responden a su enfermedad. El primero es la pérdida del control que el paciente tiene sobre las diferentes modalidades terapéuticas, ya que no participan en el tratamiento quirúrgico, la quimioterapia o la radioterapia; esto implica una dependencia hacia el especialista que realiza dicho tratamiento, y el segundo es

la incertidumbre sobre el pronóstico ya que siempre existe la posibilidad de una metástasis no descubierta o de una recurrencia imprevista.

Petrie y Weinman (1997) mencionan que los pacientes crean representaciones de la enfermedad que aportan bases para las respuestas de afrontamiento o procedimientos para hacer frente a las amenazas a la salud. La posición que pueden adoptar va a ser determinante en la evolución del tratamiento, según su estado emocional se van a dar diversas reacciones a los tratamientos, depresiones, vómitos, náuseas, etc., tomando en cuenta que los estados emocionales inciden en el sistema inmunológico y neuroendócrino (Ferrero, 1995).

El cáncer significa una muerte posible, dolorosa, la posibilidad de quedar discapacitado y desfigurado debido al tratamiento, la pérdida de la independencia y la autoestima, y la posible pérdida de relaciones significativas por el cambio de apariencia y la existencia de discapacidad (Rouhani & Holland, 2003). Los problemas descritos anteriormente son enfrentados cotidianamente por los pacientes con cáncer, los cuales en general utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción o a la evitación, por lo que no resuelven el problema, lo cual les genera más preocupaciones (Kim, Valdimarsdottir & Bovnjerg, 2003).

Holland & Holahan (2003) señalan que en relación al cáncer de mama, algunos estudios que han examinado las diferentes estrategias de afrontamiento relacionadas con el cáncer, encontrado resultados complicados e incluso contradictorios, reportando resultados favorables con el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción o evitación en un mejor ajuste al cáncer de mama.

Massie y Greenberg (2006) mencionan que la capacidad de una persona para afrontar al diagnóstico y tratamiento del cáncer suele variar a lo largo de la evolución de la enfermedad y depende de factores médicos, psicosociales y sociales: la propia enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que plantea el cáncer en cuanto a realizar tareas y cumplir objetivos adecuados a la fase de desarrollo, la presencia que ofrecen apoyo emocional, la propia personalidad y estilo de afrontamiento del paciente, la experiencia de

pérdidas anteriores, la posibilidad de rehabilitación física y psicológica, y las actitudes culturales, espirituales y religiosas.

En este contexto, Jim y Cols. (2006) puntualizan que las estrategias activas positivas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama se asocian con aspectos adaptativos de sentido de vida asociados con sentimientos de paz interna, espiritualidad y satisfacción con la vida y el futuro. El afrontamiento activo puede impactar en el sentido de vida del individuo e incrementar su sentimiento de autoeficacia y control personal (Park & Folkman, 1997).

El afrontamiento activo-positivo se ha mostrado asociado con un mejor ajuste de la enfermedad, mayor adherencia terapéutica y mejor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, principalmente en los estadios iniciales de la enfermedad (Classen, 1996).

Backer (2000) enfatiza que la combinación de estilos de afrontamiento activo-positivos y soporte social representan recursos que pueden influir en situaciones estresantes como enfermedades crónicas. Christensen y Cols (2000) mencionan que aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas degenerativas que en forma activa solicitan información relacionada a mejorar sus condiciones generales aún con su enfermedad pueden afrontarla mejor.

Taylor (2007) señala que debido a la diversidad de problemas alrededor de los padecimientos oncológicos, las personas que tienen estrategias de afrontamiento flexibles pueden manejar mejor el estrés que genera la enfermedad crónica, que aquellas personas que sólo utilizan una forma predominante para hacerlo

En relación con el afrontamiento evitativo ante el cáncer de mama, éste se relaciona con un tipo de pensamiento permanente estresante, mortificante y evitativo acerca del problema, sin poder realizar ninguna acción para resolverlo o incidir en el curso de la enfermedad (Varela, Caporale, Delgado, Viera & Galain, 2007).

Varela y Cols. (2007) puntualizan que la desesperanza en la enfermedad, aunque es un mecanismo de afrontamiento, nos habla de la capitulación de los esfuerzos, ya que la persona siente que nada puede cambiar o hacer. Los estilos de afrontamiento se asocian con

peor adherencia terapéutica, menor calidad de vida y niveles de ansiedad y depresión superiores a la población general, lo cual repercute en el proceso de atención a la salud de las pacientes con cáncer de mama (Nezu, 2001).

Frumin y Greenberg (2005) indican que la adaptación y afrontamiento de los pacientes con cáncer han de ser evaluados en el contexto de los siguientes factores: la fase y la evolución natural del cáncer, las enfermedades psiquiátricas actuales y pasadas, las complicaciones habituales del tratamiento y las respuestas de adaptación y maladaptación al cáncer.

Finalmente, Kaplan y Cols (1977) mencionan que la función del afrontamiento al proceso oncológico ocurre de acuerdo al orden, características y fases de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o fase terminal).

## Capítulo 3

# Depresión y Ansiedad en el paciente oncológico

### 3.1 ASPECTOS GENERALES

En prácticamente todos los años de la última década, la depresión y los trastornos de ansiedad parecieran disputarse el primer lugar en los principales estudios epidemiológicos sobre diagnóstico de tipo psicológico o psiquiátrico (Sánchez-Sosa, 2004).

La depresión y la ansiedad se han considerado durante largo tiempo entidades clínicas distintas, pero su coexistencia es ahora entendida más como la norma que como la excepción. De acuerdo con lo anteriormente mencionado buena parte de los pacientes con uno de estos trastornos presentan síntomas del otro.

En este contexto el papel de las variables psicológicas, particularmente la depresión y ansiedad en la progresión de procesos de enfermedad como el cáncer ha recibido más atención de la comunidad científica, principalmente por el efecto negativo en el resultado del tratamiento del cáncer que pueda conllevar (Nezu y Cols, 2006; Rodgers y Cols. 2005).

Los pacientes oncológicos que experimentan episodios depresivos y ansiosos, con frecuencia manifiestan mayor número y gravedad de síntomas, pensamientos obsesivos, irritabilidad y mayor estancia hospitalaria, dolor mal controlado y peor calidad de vida (Nezu & Cols. 2006).

### 3.2 DEPRESION

La depresión es uno de los muchos problemas psicológicos que han acosado a la humanidad en toda la historia escrita, tanto en población general como médicamente enferma (Wilcoxon & Cols, 1980).

De acuerdo con Ruiz y Corlay, (2005) los trastornos afectivos en particular la depresión son la cuarta causa más frecuente de incapacidad en el momento actual y en menos de dos decenios la depresión será la segunda a nivel global. La prevalencia y la significación clínica de la depresión resaltan la importancia de que los individuos afectados tengan conciencia de que la padecen y la posibilidad de acceder a un tratamiento apropiado (Caraveo-Aduaga y Cols, 1999).

La depresión es un trastorno del afecto que produce en las personas estados de ánimo que son habitualmente de abatimiento con tristeza o decaimiento. Se acompaña de algunos síntomas específicos como irritabilidad, pérdida o ganancia de apetito o peso, sentimientos de culpa, minusvalía y desesperanza. Generalmente provoca que las personas afectadas sean incapaces de afrontar sus actividades cotidianas de forma funcional (Moreno, Lara & Torner, 2005).

De acuerdo a Rojtenberg y Moreno (2005), las formas clínicas de la depresión pueden ir desde aquellas más leves e indetectables, como lo son los trastornos depresivos subclínicos crónicos, hasta las más graves y riesgosas como la depresión mayor y sin embargo, más allá de la presentación inicial un mismo paciente puede padecer diferentes subtipos de depresión a lo largo de su vida, a esto último se le denomina pleomorfismo evolutivo de los subtipos.

Para Rojtenberg y Moreno (2005), la depresión no es un sentimiento de tristeza que se relacione con una situación displacentera, tampoco es un estado de ánimo pasajero estable, un síntoma o una estructura psicopatológica: su definición va mucho más allá de todo lo anterior, y en este sentido considera más adecuado utilizar el término depresiones, pues limitar la variedad clínica de los trastornos depresivos a una sola entidad resulta simplista e incompleto.

En relación con el cáncer, Raison y Cols (2007) mencionan que la depresión es un problema frecuente y grave que complica la vida de los pacientes oncológicos y que hay datos de que la depresión puede ser una respuesta al cáncer, de que el cáncer puede exacerbar procesos depresivos preexistentes, y que el cáncer y su tratamiento pueden inducir o intensificar una depresión.

Harrison y Maguirre (1994) han señalado una serie de predictores de trastornos afectivos en pacientes oncológicos como antecedentes psiquiátricos, baja autoestima, apoyos inadecuados, toxicidad por quimioterapia, gravedad de la enfermedad, complicaciones somáticas y preocupación por la imagen corporal. Adicionalmente, Blazer (2005) señala que otro predictor importante en trastornos afectivos como la depresión, es el apoyo social el cual, de estar presente, puede atenuar el desarrollo o progresión de procesos depresivos.

La aparición de procesos depresivos en pacientes con cáncer debe ser motivo de preocupación clínica dirigida a realizar un diagnóstico correcto e iniciar un tratamiento adecuado para estos cuadros depresivos en procesos oncológicos que repercutirá en una mejora en la calidad de vida y en una mayor supervivencia de las pacientes con cáncer (Raison y Cols, 2007; Fawzy, 1993).

En relación al cáncer de mama, Martin y Crespo (2000) puntualizan que la sintomatología depresiva es frecuente en las mujeres intervenidas por este tipo de cáncer, en particular cuando ha sido preciso el tratamiento con cirugía mutilante, ya que esto se relaciona con las repercusiones en la imagen corporal, por un lado; y por la afectación en las funciones físicas implicadas, por el otro lado.

Davison y Neale (2002) señalan que la presencia de procesos depresivos en la paciente con cáncer de mama suele estar caracterizado por gran tristeza y aprensión, sentimientos de minusvalía, culpa, aislamiento de los demás, pérdidas del sueño, apetito, deseo sexual o el interés y placer por las actividades usuales, algunos de las cuales como los aspectos fisiológicos pueden ser propios de la enfermedad y su tratamiento.

### 3.3 ANSIEDAD

Gutiérrez (2006) indica que la ansiedad es una sensación experimentada por todos en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana y cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar y alienta a enfrentarse a una situación amenazadora; sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados, esta emoción útil puede dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria.

En términos generales, se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, si sólo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y si puede tener un origen biológico (Arranz & Cols, 2003).

Freeman y DiTomasso (2004) mencionan que el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados a un escenario de daño.

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas (Maté y Cols, 2004).

Los factores estresantes físicos y psicológicos de la enfermedad médica a menudo pueden desencadenar ansiedad, especialmente en las personas con vulnerabilidad previa, poco apoyo social, mal pronóstico médico y estilos de afrontamientos evitativos (Epstein & Hicks, 2006).

En torno a los procesos oncológicos, Pollack y Cols (2005) señalan que la ansiedad es una reacción transitoria esperable al entorno médico y ante el estrés que producen los



cuadros orgánicos; sin embargo, una ansiedad excesiva o patológica, repercute negativamente sobre el cumplimiento terapéutico y por consiguiente en su pronóstico.

En este sentido, Epstein y Hicks (2006) puntualizan que experimentar una enfermedad médica como el cáncer con frecuencia conlleva la presencia de importantes síntomas de ansiedad y aunque muchas personas con enfermedades médicas padecen trastornos de ansiedad, éstos a menudo pasan inadvertidos y no son tratados.

Frumin y Greenbeg (2005) mencionan que en la actualidad los pacientes con cáncer viven más tiempo o se curan por completo y en ese sentido la asistencia psicológica de estos pacientes puede ser importante en todas las fases de la enfermedad, principalmente aquéllas asociadas con procesos de ansiedad.

Una variedad de estados psicológicos negativos como la ansiedad han sido asociados con el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama han sido bien documentados (Moyer & Salovey 1996).

### 3.4 DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

De acuerdo a Martín y Crespo (2000), existe una relación bien documentada entre trastornos depresivos y de ansiedad y diversos tipos de cánceres.

El cáncer y la depresión pueden interaccionar a largo plazo de manera que tengan un afecto gravemente perjudicial sobre la calidad de vida. Con la depresión grave se asocia una progresión más rápida del cáncer y un aumento de los síntomas sobretodo del dolor (Spiegel & Bloom, 1983; Spiegen y Cols, 1994). En relación a la ansiedad, Sharpley y Christie (2007) mencionan que la presencia de ansiedad en pacientes con cáncer de mama puede propiciar manifestaciones conductuales y emocionales como irritabilidad, hostilidad y constantes estados de hipervigilancia y estrés general.

Rojtenberg y Moreno (2005) mencionan que la presencia de la depresión y la ansiedad en el proceso oncológico de mama se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante, siendo estos factores diferentes expresiones de una disfuncionalidad mayor comórbida al cáncer.

La asociación de procesos depresivos y ansiosos en las pacientes con cáncer de mama puede influir en la disposición de la paciente para atender sus necesidades físicas y prolongar el periodo de recuperación, así como en rechazar procedimientos diagnósticos o intervenciones quirúrgicas e incluso que soliciten el alta hospitalaria sin haber recibido asistencia médica (Epstein & Hicks, 2006; Mudgal y Cols, 2006).

Reuter y Cols (2006) mencionan que la presencia de estados depresivos en las pacientes con recién diagnóstico de cáncer de mama se relaciona con estrategias de afrontamiento pasivas y fatalistas, así como con mayores niveles de dolor y fatiga. Adicionalmente Sharpley y Christie (2007) señalan que la presencia de ansiedad en el momento del diagnóstico está caracterizado por aspectos como nerviosismo, dificultad para tomar decisiones, tristeza, desamparo y cansancio; en relación con la presencia de ansiedad en la sobrevivida la cual está caracterizada por sentimientos de inhabilidad para tratar las demandas de la vida y poco autocontrol.

De acuerdo a Belló y Cols. (2005), además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos oncológicos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce el cáncer mismo.

Rodríguez y Cols. (2007) señalan que las pacientes con cáncer deprimidas y ansiosas presentan mecanismos de afrontamiento caracterizados por evitación, ansiedad, desamparo, fatalismo y menor espíritu de lucha, ubicando también a las variables psicológicas como las más asociadas con padecimientos depresivos en pacientes oncológicos.

Adicionalmente Raison y Cols. (2007) puntualizan que cada vez está más claro que incluso cuadros depresivos y ansiosos leves tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, el cumplimiento del tratamiento y la morbilidad de los pacientes con cáncer de mama.

Roth y Breitbart (2003) enfatizan que el ánimo deprimido y ansioso pueden ser respuestas adecuadas en un paciente con cáncer y es obligado diferenciar en primer lugar los síntomas de los síndromes; el síntoma de tristeza o ánimo deprimido no es equivalente al síndrome de depresión mayor. En el proceso oncológico la depresión y ansiedad también va acompañada de cambios físicos adicionales, este tipo de pacientes pueden presentar trastornos de la alimentación y de sueño adicionales, tener problemas de concentración y sentirse cansados todo el día que la población oncológica sin estos procesos afectivo (Wade & Tavrís, 2003).

Calderón (2002) menciona que en pacientes con cáncer de mama, además suelen presentarse otros síntomas, como cefalea persistente, trastornos del ritmo cardiaco, colon irritable, ideación o intentos suicidas.

Con este horizonte clínico, en 1995 la American Medical Association reconoció la importancia y la frecuencia de los trastornos depresivos y ansiosos presentes en pacientes con enfermedades oncológicas, así como que un buen tratamiento no sólo mejora notoriamente los síntomas afectivos, sino que al mismo tiempo incrementa una mejor calidad de vida, un fortalecimiento de los procesos inmunológicos y mayor tiempo de sobrevida.

Por su parte, Katón (2001) menciona cuatro efectos nocivos de la depresión mayor en los pacientes con cáncer de mama: aumento de la mortalidad, mayor carga sintomática, menor calidad de vida y nivel de funcionamiento, aumento de la utilización y los costos de los servicios de salud.

Finalmente, en relación con el afrontamiento y su relación con los procesos de depresión y ansiedad, Rodríguez y Cols. (2007) mencionan que el afrontamiento caracterizado por evitación depresiva y ansiosa se relaciona con sentimientos de desamparo, menor espíritu de lucha, exacerbación de sintomatología y menor calidad de vida a lo largo de todo el proceso de tratamiento al cáncer.

## Capítulo 4

### Modelo conceptual

#### Afrontamiento ante el cáncer de mama.

El cáncer representa para los pacientes un poderoso evento vital estresante que puede generar sufrimiento psicológico, así como impactar negativamente en la habilidad propia para tomar decisiones efectivas de los pacientes que lo padecen (Nezu, 2001).

En relación al cáncer de mama, constituye una enfermedad que conlleva diversos aspectos en las mujeres en su forma de afrontar la enfermedad, se entiende como la interacción de recursos propios de las pacientes para desarrollar estrategias más adaptativas en la atención de su salud, lo cual representa la oportunidad de afrontar activa y positivamente el proceso oncológico y así tener mayor probabilidad de recuperar su salud.

El cáncer es una enfermedad que implica afrontamiento de diferentes aspectos según el estadio de la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y no sólo la posibilidad de morir, sino también a la morbilidad de la propia enfermedad, ya que sus síntomas y sus tratamientos pueden ser muy molestos y debilitantes (dolor, cansancio, náuseas y vómito entre otros), así como al periodo de seguimiento el cual representa un periodo estresante que representa la posibilidad de recurrencia principalmente los tres primeros años posteriores al tratamiento (Stern y Cols, 2005; Nezu, 2001; Holland, 1998).

El paciente puede considerar el cáncer de mama como un desafío que en mayor o menor grado será capaz de superar o puede verlo como una amenaza devastadora o como un daño o pérdida de su bienestar emocional o de su salud (Romero, 2007).

De acuerdo a la literatura el afrontamiento activo-positivo ante el cáncer de mama, se encuentra asociado a factores como el nivel educativo, apoyo social, tener pareja y/o hijos así como factores relacionados con la propia atención médica tales como insatisfacción con la atención brindada, la demora entre una y otra consulta, recibir

atención psicológica, dolor durante el tratamiento y la preocupación por recurrencia de la enfermedad (Brett y Cols., 2005; Raison y Cols., 2007; Taylor, 2007).

En este sentido, para el presente estudio se planteo un modelo conceptual sobre la relación entre los estilos de afrontamiento activos-positivos con diferentes niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes en tratamiento de cáncer de mama de todos los estadios de dos instituciones públicas de salud.

Hair y Cols. (1999) mencionan que un modelo conceptual como representación abstracta de un sistema real, está compuesto por un conjunto de definiciones que permiten identificar los elementos que constituyen el todo, así como un conjunto de relaciones que especifican las interacciones entre los elementos que aparecen en el modelo

En este sentido el presente modelo plantea conocer como los estilos de afrontamientos activos-positivos, la depresión y la ansiedad se relacionan durante el tratamiento.

Por lo que el modelo de investigación responderá a las preguntas de investigación a partir de las relaciones expresadas entre los elementos mencionados y las diferentes características de las participantes del presente estudio, estadio de la enfermedad, atención psicológica e institución de atención

#### 4.1 PRINCIPIOS

A continuación se presentan los principios que subyacen al modelo propuesto.

El presente modelo conceptual está basado en el afrontamiento activo-positivo de la enfermedad en pacientes con cáncer de Moorey y Cols. (2003), donde se plantea determinar las características de los estilos de afrontamiento y su relación con diferentes niveles de sintomatología ansiosa y depresiva ante el cáncer de mama.

El modelo propone la interacción de cinco estilos de afrontamiento activos-positivos de los pacientes ante la enfermedad que son:

A) Afrontamiento Interpersonal: Caracterizado por que las pacientes reciben el apoyo social de su pareja.

B) Afrontamiento Cognitivo Conductual: Caracterizado por que las pacientes resuelven problemas asociados al cáncer mediante estrategias de relajación, respiración y reevaluación cognitiva.

C) Afrontamiento con Enfoque positivo. Caracterizado por que las pacientes se enfocan en aspectos positivos de su vida y de su futuro.

D) Afrontamiento con enfoque Distracción-Diversión: Caracterizado por que las pacientes realicen actividades distractoras y de esparcimiento orientadas a atenuar su malestar emocional.

E) Afrontamiento de Planeación: Caracterizado por que las pacientes planeen actividades prioritarias asociadas al cáncer prioritarias.

En este sentido se representa la articulación entre el evento de la enfermedad y la asociación de los estilos de afrontamiento activos-positivos y la depresión y ansiedad durante el tratamiento de cáncer de mama.

Adicionalmente, Moorey y Greer (1989) señalan otra posibilidad, la negación de la enfermedad. Así pues, el significado que el cáncer puede tener para la persona será un aspecto en su adaptación a la enfermedad.

## 4.2 PLANTEAMIENTO CONCEPTUAL

El planteamiento conceptual conlleva una relación entre los estilos de afrontamiento activos-positivos y la depresión y ansiedad durante el tratamiento de cáncer de mama, que de acuerdo a la literatura científica consultada, son claves en el desarrollo de escenarios que pueden orientar a la paciente a una mayor funcionalidad y en dirección contraria a menor probabilidad de recuperar la salud. El modelo expone que la presencia comorbida de sintomatología depresiva y ansiosa es mediada por los estilos de afrontamiento activos-positivos por parte de la paciente ante la enfermedad.

A continuación se describirán los elementos incorporadas en la estructura del presente modelo conceptual:

En relación a los estilos de afrontamiento activos-positivos ante cáncer de mama Moorey y Greer (1992), señalan que es un proceso cognitivo, afectivo y conductual dirigido a manejar las demandas que implica el diagnóstico, control, pronóstico de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico de mama.

Por su parte depresión es definida por Beck (1992) como una triada de esquemas y sesgos cognitivos que se relacionan con una percepción negativa de la realidad acerca de uno mismo, el mundo y el futuro.

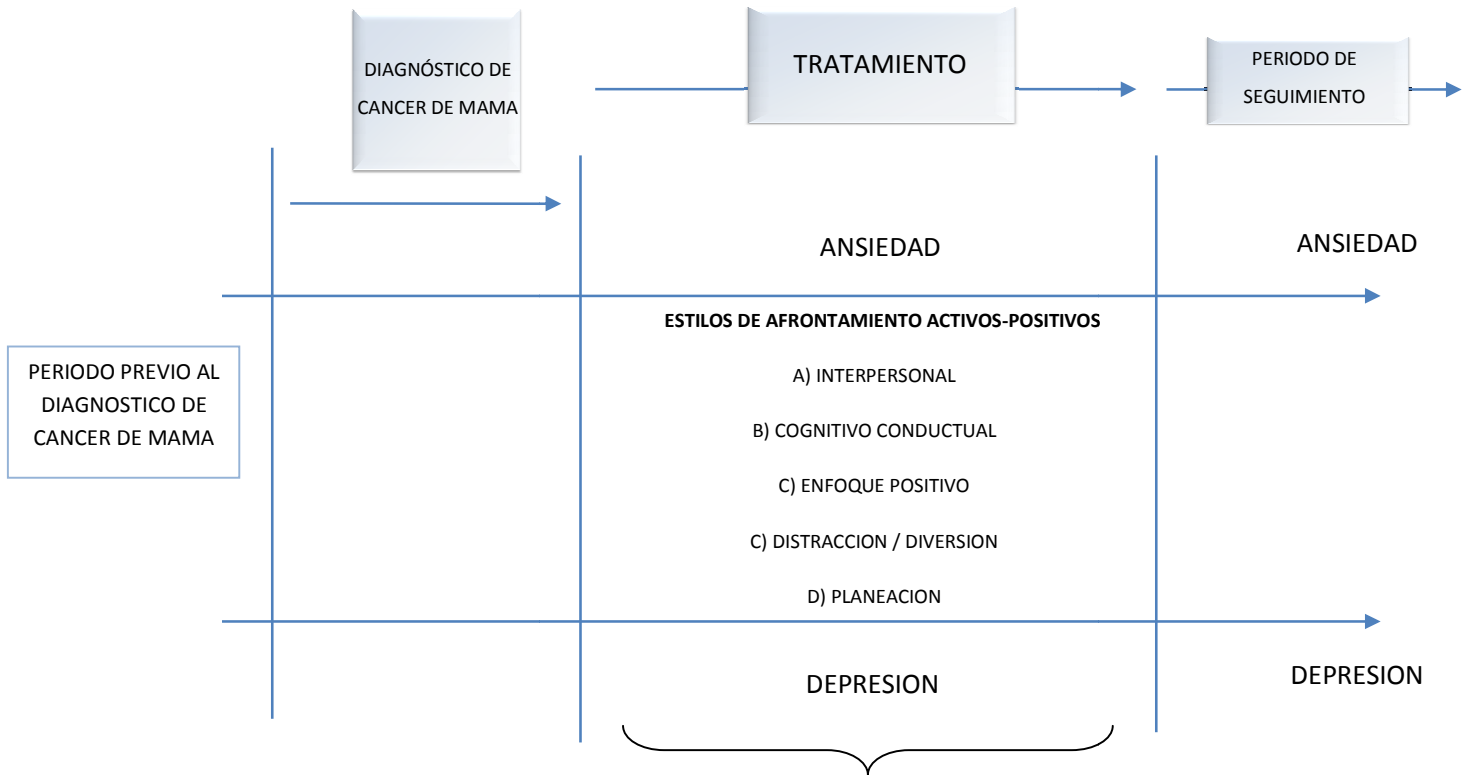
En este sentido Romero (2004) puntualiza que en la base de la tristeza o la depresión en el proceso oncológico siempre hay un sentimiento de pérdida de dominio personal (por ejemplo, pérdida del papel social, de las actividades placenteras o de una parte del cuerpo).

De acuerdo a Beck (1997) la ansiedad es caracterizada como una estructura cognitiva, afectiva y somática expresada como vulnerabilidad y amenaza del bienestar del individuo ante situaciones internas y/o externas.

Cuando una persona experimenta ansiedad ante el cáncer, lo primero que percibirá es peligro y vulnerabilidad. Peligro por la amenaza que percibe para su bienestar social y físico, y vulnerabilidad por la percepción que tiene de que en alguna medida es incapaz de enfrentarse a la amenaza. La posibilidad de que haya deterioro físico, alteración en la imagen corporal o sentimientos de inutilidad pueden ser fuente de un gran estrés (Romero, 2004).

Finalmente en el análisis de resultados se incorporó en el presente modelo conceptual elementos como el lugar de tratamiento y si las participantes recibían atención psicológica

en el momento de la investigación donde se obtuvieron las muestras de la presente investigación.



Relación de los diferentes estilos de afrontamiento activos-positivos y los niveles de depresión y ansiedad

### Modelo Conceptual Propuesto



## Capítulo 5

### Método

#### 5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama tiene un fuerte impacto psicológico y emocional en la mujer que lo padece, lo que repercute en un cúmulo de reacciones psicoafectivas como la depresión y la ansiedad los cuales son producto de la evolución propia de la enfermedad y de intervenciones dirigidas a su tratamiento. En este contexto, los estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama funge como un mecanismo que determinará la adaptación ante el proceso oncológico. En este sentido, el interés de este estudio fue identificar las características de los estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama, los cuales son caracterizados por conductas y cogniciones dirigidas a adaptarse al proceso de tratamiento del cáncer, asociados con menor ansiedad y depresión; con los cuales la paciente puede tener mayor probabilidad de recuperar su salud.

#### 5.2 JUSTIFICACION

En un entorno denominado de Transición Epidemiológica, el cáncer de mama se ubica como uno de los principales problemas de salud en México, en este sentido la atención a los factores asociados a la Salud Mental se ubican de importancia para la población que presenta esta condición de salud. De acuerdo a la OMS (2001) la presencia de problemas de salud mental representa importantes repercusiones sobre la salud física de enfermos crónicos, como el cáncer, lo cual se ve expresado en mayores niveles de morbilidad, menor adherencia terapéutica y menor tiempo de supervivencia. Por lo que la identificación de estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama, que representan una mejor adaptación al proceso oncológico asociado menor morbilidad psiquiátrica, permitirán identificar e intervenir a pacientes cuyas características de afrontamiento las identifiquen en riesgo de padecer sintomatología ansiosa y depresiva, y así poder ser intervenidas en etapas tempranas del cáncer teniendo mayor probabilidad de afrontar de forma adaptativa su enfermedad y recuperar su salud.

### 5.3 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de la presente investigación es identificar los estilos de afrontamiento activos-positivos y su relación con la sintomatología depresiva y ansiosa en tratamiento de cáncer de mama en un grupo de mujeres mexicanas de dos instituciones de salud del Valle de México.

### 5.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos específicos de esta investigación son:

1. Identificar la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento activos-positivos en pacientes con cáncer de mama.
2. Identificar los niveles de depresión en pacientes con cáncer de mama.
3. Identificar los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer de mama.
4. Establecer la relación entre los diferentes estilos de afrontamiento activos-positivos de las pacientes y los niveles de depresión y ansiedad.

### 5.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación del presente estudio fueron:

1. ¿Qué tipo de estilos de afrontamiento activos-positivos utilizan las pacientes con cáncer de mama?
2. ¿Qué niveles de sintomatología depresiva presentan las pacientes con cáncer de mama?
3. ¿Qué niveles de sintomatología ansiosa presentan las pacientes con cáncer de mama?
4. ¿De qué manera se relacionan los estilos de afrontamiento activos-positivos con los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa?

### 5.6 HIPOTESIS DE TRABAJO

- 1.- A mayor frecuencia de uso de estilos de afrontamiento activos-positivos respecto al cáncer de mama menor sintomatología depresiva.

4.- A mayor frecuencia de uso de estilos de afrontamiento activos-positivos respecto al cáncer de mama, menores niveles de sintomatología ansiosa.

### 5.7 TIPO DE DISEÑO

Transversal, retrospectivo, no experimental y *ex-post-facto* (Kerlinger & Lee, 2006). La principal analizar la asociación de sintomatología depresiva y ansiosa como factores asociados, a partir de los estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama.

### 5.8 ESCENARIO

El estudio se llevo a cabo en los consultorios y/o espacios de una Institución de alta especialidad y de un Hospital de servicios generales del valle de México, los cuales son instituciones de salud pública, que atienden a pacientes que en mayor parte no cuentan con otros tipos de servicios de salud.

La estrategia operativa a seguir fue inicialmente, contactar a los titulares de las instituciones participantes, para plantear el interés de trabajar en conjunto en la presente investigación. Posteriormente se registró y sometió a los respectivos comités de ética el presente protocolo de investigación. Finalmente se determinaron los lineamientos, obligaciones y acuerdos para realizar el presente estudio.

### 5.9 PARTICIPANTES Y MUESTREO

Las participantes de la presente investigación fueron usuarias de las instituciones de salud antes mencionadas con diagnóstico de cáncer de mama de cualquier estadio, siendo la muestra no probabilística, seleccionada de forma intencional a partir de los criterios de inclusión y exclusión.

### 5.10 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.
- Participación voluntaria de las pacientes, mediante la comprensión y aceptación de lo referido en el texto de consentimiento informado para la presente investigación.

### 5.11 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que manifiesten su deseo de no participar, posteriormente a la lectura del texto de consentimiento informado.

### 5.12 INSTRUMENTOS

#### Cédula de identificación

Cedula de identificación (Datos generales: Información general, Historia personal y social, y Descripción del problema actual) dirigidos a recabar información de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

#### Inventario de Depresión de Beck – BDI -

Inventario de Depresión de Beck -BDI- (1961), estandarizado para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), diseñado para evaluar la intensidad de sintomatología depresiva que presenta un individuo, cada cual con afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos el primer enunciado el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercer de 2 puntos, y el cuarto de tres puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Las categorías evaluadas por el BDI son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen

corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de libido. Las propiedades psicométricas del BDI en población mexicana muestran que la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach=.87. Adicionalmente, el análisis factorial mostró que la versión mexicana al igual que la original, se compone por tres factores. En relación a la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, la correlación estadística fue:  $r=0.70$ ,  $p<.000$ . Así el instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo clínico y de investigación en nuestro país.

#### Inventario de Ansiedad de Beck – BAI -

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) fue estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) y es un instrumento de autorreporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia de síntomas, y el 3 la severidad máxima del mismo. Los estudios de propiedades psicométricas del BAI en población clínica y normal, de adolescentes y adultos, han demostrado que la escala se caracteriza por una alta consistencia interna (alphas superiores a .90), validez divergente moderada (correlaciones menores a .60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) (Beck & Steer, 1991; Steer, Rissmiller, Ranieri & Beck, 1993; Kumar, Steer & Beck, 1993; Ousman, Barrios, Auskes, Osman & Markway, 1993; Steer, Kumar, Ranieri & Beck, 1995). Los análisis factoriales han extraído cuatro factores principales, que se han denominado: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993; Steer, Rissmiller, Ranieri & Beck; 1993; Osman, Bayerly, Kopper, Barrios, Joylene & Wade, 1997). Las propiedades psicométricas del BAI para población mexicana se caracteriza por una alta consistencia interna (alphas .84 y .83), con un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ( $r=.75$ ), validez convergente adecuada (los índices de correlación

entre el BAI y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado – IDARE - fueron moderados, positivos y con una  $p < .05$ ), y una estructura factorial de cuatro factores principales que se han denominado: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico.

### Cuestionario de afrontamiento al cáncer CCQ

El Cuestionario de afrontamiento al cáncer CCQ (Moorey & Greer, 1989), ha sido estandarizado para población mexicana por Robles, Galindo, González-Forteza, Reynoso y Lara-Cantú (2008). Es una escala breve de auto aplicación de 21 reactivos con respuestas de opción múltiple diseñada para evaluar el tipo de afrontamiento activo-positivo empleado por las pacientes ante la enfermedad. Las subescalas evaluadas por el CCQ son: Afrontamiento Interpersonal, Afrontamiento Cognitivo Conductual, Afrontamiento con Enfoque positivo, Afrontamiento con enfoque Distracción-Diversión y Afrontamiento de Planeación. Los estudios de propiedades psicométricas del CCQ han demostrado que tiene buena consistencia interna de 0,87 y los elementos interpersonales fueron de 0,82. En relación a la confiabilidad Test-retest la confiabilidad fue 0,90 ( $n = 25, 001$ ) para la Escala individual y 0,84 ( $n = 19, p50: 001$ ) para la Escala interpersonal. Las subescalas mostraron igualmente altas correlaciones test-retest que van desde 0,67 a 0,81. (Greer, Moorey & Baruch 1992; Moorey, Greer & Watson 1990; Moorey, Greer & Watson 1994). Las propiedades del CCQ para población mexicana se caracterizan por un coeficiente alpha de Cronbach del total de la escala de .90. El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax arrojó cinco factores con valores superiores a 1 que explicaron juntos el 71.67% de varianza. Los reactivos se agruparon en 5 dimensiones (Afrontamiento Interpersonal, Cognitivo Conductual, Enfoque positivo, Distracción-Diversión y Planeación) que teóricamente les correspondía. La versión en español del CCQ demostró alta consistencia interna, validez de constructo al agruparse en las cinco dimensiones de la versión original, y validez divergente.

### 5.13 PROCEDIMIENTO

La muestra de participantes se obtuvo mediante la referencia de los servicios de las instituciones de salud mencionadas. Se incluyó en el estudio sólo aquellas participantes que cumplieron los criterios de inclusión. A continuación se describe la invitación a cada uno de las potenciales participantes a la presente investigación.

#### Presentación y abordaje de participantes

Hola buenos días (tardes) soy \_\_\_\_\_, alumno de la Facultad de Medicina de la UNAM. Estoy haciendo una investigación sobre cómo se sienten las mujeres respecto a sus problemas de salud, me gustaría saber si puedo hacerle algunas preguntas.

#### Preguntas de tamizaje

¿Cuál es su problema de salud por el que está en esta sala de espera?

Si tiene cáncer de mama, pasar a la invitación y explicación de las características de la entrevista

#### Invitación y explicación del cuestionario de aplicación

Como le decía estoy haciendo una investigación sobre cómo se sienten las mujeres respecto a su problema de salud. En este sentido, la invitamos a contestar un cuestionario respecto a cómo se ha sentido por el cáncer de mama, para indicarnos qué ha hecho y cómo se ha sentido respecto a esta enfermedad. La aplicación durará aproximadamente 20 minutos.

Le comento que la información que nos proporcione es muy valiosa ya que nos permitirá desarrollar conocimientos para un mejor entendimiento de cómo se sienten las mujeres con cáncer de mama y mejorar así su proceso de atención.

Si acepta contestar el cuestionario, pasar a la lectura del consentimiento informado.

#### Consentimiento informado

A continuación llenaremos un formato denominado Consentimiento Informado, en el cual se especifican el propósito, los beneficios y las preguntas que se le realizarán en el cuestionario. (Ver Anexo I)

### Inicio de la aplicación del cuestionario

A continuación iniciaremos la aplicación del cuestionario. Le recuerdo que si tiene alguna duda o pregunta respecto al mismo, con gusto le resolveré sus dudas.

### Final de la autoaplicación del cuestionario

Muchas gracias por su tiempo y atención.

## 5.14 CONSIDERACIONES ETICAS

### Aspectos generales.

Aguilera-Guzmán y Cols (2008) mencionan que la Ética estudia el entorno de las normativas morales en términos de sus supuestos, sus orígenes y sus cambios en el tiempo, los autores de dichos cambios y de las propias normas, así como los procesos de vigilancia social para su cumplimiento y reproducción.

Adicionalmente, Isaías (2001) señala que la Ética como disciplina, tiene un objeto material, un objeto formal y una metodología; el objeto material de la ética es la actuación del ser humano, es decir, la conducta y su objeto formal es la valoración de la conducta en términos de su conveniencia con la naturaleza del hombre. En este sentido Kazdin (2001) señala que un asunto ético fundamental en la investigación es el consentimiento informado. Este problema es central porque abarca muchos otros temas, incluyendo el engaño y la invasión a la privacidad.

Stricker (1985) menciona que el consentimiento informado puede definirse como la conformidad del sujeto a participar en la investigación, después de haber recibido una explicación y de haber entendido los procedimientos del estudio y los riesgos y beneficios relacionados con él.

El objetivo del documento de Consentimiento Informado es la comprensión del paciente del procedimiento al que va a ser sometido, sus riesgos y beneficios; un documento de Consentimiento Informado con una buena legibilidad, si es utilizado por el



profesional de forma adecuada, aunque no garantice la comprensión del contenido, se convierte en una excelente herramienta de comunicación (Rubiera y Cols, 2003).

#### Características del consentimiento informado en esta investigación.

Existen en la actualidad varias definiciones del consentimiento informado. Una de las más aceptadas en investigación señala que el consentimiento informado es un contrato médico-jurídico en el que mediante un proceso de información-comunicación, el sujeto de investigación recibe la información integral de su problema, por su autonomía lo acepta o lo rechaza, sin vicios de consentimiento para su validación y tomando en cuenta el riesgo-beneficio (Larracilla, 2003).

Kazdin (2001), menciona que el consentimiento informado consiste en tres elementos principales: competencia, conocimiento y voluntad. La competencia se refiere a la habilidad del individuo para tomar una decisión bien razonada y dar claramente su consentimiento. El conocimiento se refiere a comprender la naturaleza del experimento, las alternativas posibles y los riesgos y beneficios potenciales. La voluntad se refiere al motivo por el cual se está de acuerdo en participar. Los sujetos deben proporcionar su consentimiento libre de presiones o coacciones.

Adicionalmente, Stricker (1985) señala que el método usual de obtener el consentimiento informado abarca la presentación de un formulario que contiene toda la información necesaria, a menudo suplementada por una explicación oral, y siempre teniendo en cuenta la posibilidad de que el participante haga preguntas. Las consideraciones legales son importantes en los procedimientos usados para obtener el consentimiento informado para determinada intervención (Flanagan & Liberman, 1985).

La calidad del Documento de Consentimiento Informado – DCI - depende de la adecuación de su contenido a la legislación vigente, de la cantidad de información y de la complejidad de su redacción. La redacción de los DCI supone, en ocasiones, una barrera para interpretar, entender y comprender el contenido. La capacidad de entendimiento de la información escrita que recibe un paciente puede mejorarse significativamente ajustando la legibilidad del texto a su nivel de lectura (Simon-Lorda & Gutiérrez, 2001).

En este contexto, en la presente investigación, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las participantes cuando se constata que la paciente ha comprendido la información, teniendo la libertad de retirar su participación en cualquier momento. En este sentido el documento de consentimiento informado de la presente investigación, contiene el nombre de la institución de salud donde es atendida la participante, el título del documento, lugar y fecha, nombre, firma y forma de contactar al investigador titular, nombre y firma de la participante, así como el nombre y firma de un testigo. El documento está impreso, redactado en forma clara y sin abreviaturas (Ver Anexo 1).

Asimismo la presente investigación está fundamentada en el contexto nacional en la Ley General de Salud en el Título segundo. 9, que se refiere a los aspectos técnicos de la investigación en seres humanos. Así como en las recomendaciones internacionales sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos plasmados en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2001).

## Capítulo 7

### Resultados

#### DESCRIPCION DE LA MUESTRA

En esta sección se describen las características socio demográficas y clínicas de la muestra de este estudio.

La presente investigación estuvo integrada por 83 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de todos los estadios, usuarias de dos instituciones públicas de salud, con un 64% por pacientes del Hospital de Alta especialidad y en un 36% por pacientes del Hospital General.

El promedio general de edad fue de 54.3 años con una desviación estándar de 7.2 años, no habiendo una diferencia estadísticamente significativa en el promedio de edad de ambas instituciones. De forma general el estado civil estuvo caracterizado por un 79.5% de pacientes casadas o en unión libre, y en relación al máximo grado de estudios la muestra se distribuyó en casi un 35% con educación secundaria, un 26.5% con bachillerato y un 31.3% con nivel primaria (Ver Tabla 1). En este sentido, no se identificó una diferencia significativa entre las participantes de ambas instituciones de salud en las variables anteriormente mencionadas.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	INSTITUCIONES		MEDIDAS DE CONTRASTE		TOTAL
	H. General	H. Alta Esp.	Contrastes	Significancia estadística	
EDAD	52.97 ± 7.69	55.06 ± 6.85	t – 1.23 gl. 54.81	.22	54.3 ± 7.2 (Rango: 39-68)
ESTADO CIVIL	Porcentajes	Porcentajes	Contrastes	Significancia estadística	Porcentajes
Soltera					9.6%
Casada/Unión libre	13.3%	7.5%	x2. 1.66	.64	79.5%
Separada/ Divorciada	80.0%	79.2%	gl. 3		7.2%
Viuda	3.3%	9.4%			3.6%
Total	3.3%	3.8%			100%
	100%	100%			
MAX. GRAD. DE ESTUD.	Porcentajes	Porcentajes	Contrastes	Significancia estadística	Porcentajes
Primaria	33.3%	30.2%			31.3%
Secundaria	33.3%	35.8%	x2. 4.90	.29	34.9%
Bachillerato	30.3%	24.5%	gl. 4		26.5%
Licenciatura	.0%	9.4%			6.0%
Otra	3.3%	.0%			1.2%
Total	100%	100%			100%
PORCENTAJE TOTAL	64%	36%			

Tabla 1 Variables Socio demográficas

En relación a las variables clínicas, como puede observarse en la Tabla 2, el tiempo de diagnóstico en meses tuvo un promedio general de 8.3 meses con una desviación de 3.5. La estadificación del proceso oncológico general fue en más de 60% local, 25.3% Local-Regional y en un 13.3% Metastásico, hubicándose una diferencia de 13.4% entre ambas instituciones en el estadio inicial, a favor del Hospital de Alta especialidad. En torno al tratamiento médico casi un 60% se encuentra con quimioterapia, un 16.9% con cirugía, 13.3% con radioterapia y un 10.8% con tratamiento hormonal. Finalmente en relación con la severidad del problema de salud reportada por las pacientes casi el 70% del Hospital General reportaron la severidad de su problema de salud como muy severo y totalmente incapacitante.

VARIABLES CLINICAS	INSTITUCIONES		MEDIDAS DE CONTRASTE		TOTAL
	H. General	H. Alta Esp.	Contrastes	Significancia estadística	
TIEMPO EN MESES DE DX.	8.576 + 2.59	8.25 + 3.29	t .49 gl 72.48	.62	8.36 ± 3.05 (Rango: 2-15)
ESTADIFICACION DE LA ENFERMEDAD	Porcentajes	Porcentajes	Contrastes	Significancia estadística	Porcentajes
Local					
Local-Regional	70.0%	56.6%	x2. 1.45	.48	61.4%
Metástasis	20.0%	28.3%	gl. 2		25.3%
Total	10.0%	15.1%			13.3%
	100%	100%			100%
TIPO DE TRATAMIENTO	Porcentajes	Porcentajes	Contrastes	Significancia estadística	Porcentajes
Cirugía					
Quimioterapia	30.0%	49.4%	x2. 12.0	.00	16.9%
Radioterapia	40.0%	29.9%	gl. 3		59.0%
Tratamiento hormonal	23.3%	7.5%			13.3%
Total	6.7%	13.2%			10.8%
	100%	100%			100%
SEVERIDAD DEL PROBLEMA DEL CANCER					
Es poco molesto	.0%	7.5%			4.8%
Es muy molesto	20.0%	37.7%	x2. 6.45	.16	31.3%
Es severo	33.3%	18.9%	gl. 4		24.2%
Es muy severo	33.3%	24.5%			27.7%
Totalmente incapacitante	13.3%	11.3%			12.0%
Total	100%	100%			100%

Tabla 2 Variables clínicas

Finalmente, se identifica una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras en cuanto al tratamiento psicológico dirigido a la atención de su problema de salud, el Hospital General se muestra un porcentaje de atención psicológica de 16.7% y para el Hospital de Alta especialidad uno significativamente mayor de 92.5%, destacando que hubo un 8.4% total de pacientes de las cuales no se recabó esta información.

## USO Y TIPO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO POSITIVOS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

En relación con la frecuencia del uso de los diferentes estilos de afrontamiento positivos que emplearon las participantes de la presente investigación, inicialmente se observa el mayor uso de afrontamientos positivos en la muestra derivada del Hospital de Alta Especialidad. En este sentido la media total del Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer es de 26.54 con una desviación de estándar de  $\pm 8.64$ , en contraposición al Hospital General que muestra un 20.56 con una desviación estándar de  $\pm 4.08$ .

En relación con los diferentes estilos de afrontamiento positivos, el estilo de afrontamiento caracterizado por esfuerzos interpersonales, mostró una diferencia estadísticamente significativa en ambas muestras, ubicándose en una media de 20.56 con una desviación estándar de  $\pm 4.08$  para el Hospital General y de 26.54 con una desviación de  $\pm 8.64$  para el Hospital de Alta Especialidad.

De igual forma, cuando se compararon los restantes estilos de afrontamiento positivos al cáncer (Estilo de afrontamiento Cognitivo, Enfoque positivos, Distracción/Diversión y Planeación) en ambas muestras, mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación a una frecuencia mayor de uso de los estilos de afrontamiento activos mencionados en la muestra derivada del Hospital de Alta Especialidad de en comparación con la muestra obtenida en el Hospital General (Ver Tabla 3).

Tabla 3 Estilos de afrontamiento

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	INSTITUCIONES		MEDIDAS DE CONTRASTE		TOTAL
	H. GENERAL	H. ALTA ESP.	CONTRASTES	STD. SIG. ESTAD.	
CCQ TOTAL	20.56 + 4.08	26.54 + 8.64	t -3.5 gl= 81	.00	24.38 ± 7.85 (Rango: 14-44)
SUBESCLA INTERPERSONAL	13.33 + 4.85	18.54 + 6.77	t -3.3 gl= 64	.01	16.65 ± 6.60 (Rango: 8-28)
SUBESCALA AFRONT C.C.	7.30 + 1.70	9.24 + 2.99	t -3.2 gl= 81	.00	8.54 ± 2.75 (Rango: 5-15)
SUBESCALA ENFOQUE POSITIVO	4.70 + 1.46	5.86 + 2.13	t -2.6 gl= 81	.01	5.44 ± 1.99 (Rango: 3-11)
SUBESCALA DISTRACCION DIVERSION	3.90 + 1.12	5.37 + 2.08	t -3.5 gl= 81	.00	4.84 ± 1.92 (Rango: 3-10)
SUBESCALA PLANEACION	4.66 + 1.21	6.05 + 2.06	t -3.3 gl= 81	.00	5.55 ± 1.91 (Rango: 3-11)

#### NIVELES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

En este apartado se muestran las puntuaciones totales y por grupo del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se realizó la evaluación de sintomatología depresiva en un total de 83 pacientes, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en ambas muestras, con niveles superiores de sintomatología depresiva en el Hospital General ( $x=41.10$  con una desviación estándar de  $\pm 10.64$ ), en comparación con el Hospital de Alta Especialidad ( $x=28.60$  con una desviación estándar de  $\pm 18.83$ ); obteniendo una puntuación media de 33.1 con una desviación estándar de  $\pm 17.3$  para el grupo total (Ver tabla 4).

Finalmente, en la Tabla 4 se muestra la interpretación del Inventario de Depresión (BDI) por grupo total, en el cual puede observarse que casi el 70% de las pacientes del presente estudio presentan sintomatología depresiva que ameritan tratamiento, y hasta un 60% presentan sintomatología grave.

VARIABLES PSICOLÓGICAS	INSTITUCIONES		MEDIDAS DE CONTRASTE		TOTAL
	H. GENERAL	HOSP. ALTA ESP.	Contrastes	Significancia estadística.	
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	41.10 + 10.64	28.60 + 18.83	t 3.28 gl= 81	.00	54.3 ± 7.2 (Rango: 39-68) 33.1 ± 17.3 (Rango: 6-62)
SINTOMATOLOGIA ANSIOSA	38.53 + 9.65	27.28 + 17.29	t 3.33 gl= 81	.00	31.3 ± 15.8 (Rango: 5-56)

Tabla 4 Variables Psicológicas

#### NIVELES DE SINTOMATOLOGIA ANSIOSA

En relación a la variable sintomatología ansiosa, en la Tabla 4 se presenta la interpretación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en la cual puede observarse que por grupo se identifican diferencias estadísticamente significativas para ambas muestras. En este contexto, los niveles de sintomatología ansiosa son superiores en la muestra del Hospital General con una puntuación media de 38.53 y una desviación estándar de  $\pm 9.65$ , en comparación con una menor puntuación promedio para el Hospital de Alta Especialidad, situada en 27.28 con una desviación estándar de  $\pm 17.29$ , y en este sentido, se aprecia que como grupo total, el nivel promedio de sintomatología ansiosa es de 31.3 con una desviación estándar de  $\pm 15.8$ .

Finalmente se observa que más del 70% de las pacientes del presente estudio presentan sintomatología ansiosa que amerita tratamiento, y hasta un 59.0% de éstas presentan sintomatología severa (Ver Tabla 4).



## RELACION ENTRE LOS NIVELES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y ANSIOSA CON LO DIFERENTES RECURSOS DE AFRONTAMIENTO POSITIVOS

En cuanto a la relación de los niveles de sintomatología depresiva derivados del BDI y los diferentes estilos de afrontamiento se obtuvo una correlación producto-momento de Pearson negativa de  $-.88$  para el BDI total y el CCQ total, estadísticamente significativa a un nivel de  $0.01$  (Ver Tabla 5).

En este sentido, se muestra que la correlación negativa más fuerte del BDI total se presenta con el estilo de afrontamiento hacia el cáncer caracterizado por tener elementos cognitivos y conductuales de solución de problemas, el cual es  $-.849$ . Con un  $-.802$  el estilo de afrontamiento denominado de enfoque positivo es el segundo que más se correlaciona negativamente con el BDI total. Por último los estilos de afrontamiento distracción/diversión, planeación e interpersonal también muestran correlaciones negativas importantes con el BDI total con un  $-.787$ ,  $-.785$  y  $-.743$  respectivamente (Ver Tabla 5).

En cuanto a la relación de los niveles de sintomatología ansiosa y los estilos de afrontamiento mostrados en esta población, el BAI total y los diferentes estilos de afrontamiento mostraron una correlación negativa fuerte de  $-.845$  (Ver Tabla 5).

Se observa una correlación negativa de moderada a fuerte del BAI con los diferentes estilos de afrontamiento evaluados en la población total. Inicialmente, y en el mismo sentido que se presentó con la sintomatología depresiva, el estilo de afrontamiento caracterizado por elementos cognitivos y conductuales orientados a la resolución de problemas es el que presenta una relación negativa más fuerte con el BAI, con un  $-.808$ . Posteriormente los estilos de afrontamiento de distracción/diversión, enfoque positivo y planeación mantienen una correlación negativa moderada de  $-.778$ ,  $-.767$  y  $-.719$  respectivamente. Finalmente el estilo derivado de esfuerzos interpersonales para afrontar el proceso oncológico se correlaciona con un  $-.650$  (Ver tabla 5).

	TOTAL BDI	TOTAL BAI
SUBESCALA INTERPERSONAL Correlación Pearson Significancia estadística	-.743	-.650
SUBESCALA AFRONT C.C. CCQ Correlación Pearson Significancia estadística	-.849	-.808
SUBESCALA ENFOQUE POSITIVO Correlación Pearson Significancia estadística	-.802	-.767
SUBESCALA DISTRACCION DIVERSION Correlación Pearson Significancia estadística	-.787	-.778
SUBESCALA PLANEACION Correlación Pearson Significancia estadística	-.785	-.719

Tabla 5 Relación estilos de afrontamiento y niveles de sintomatología depresiva y ansiosa.

## Capítulo 7

### Discusión y Conclusiones

El propósito del presente estudio consistió en identificar los estilos de afrontamiento activos- positivos y su relación con niveles de sintomatología depresiva y ansiosa ante el cáncer de mama en un grupo de pacientes de dos instituciones públicas de salud: Hospital de Alta Especialidad y Hospital General.

Inicialmente podemos describir a las participantes del presente estudio como ubicadas en poco más del 70% en estadios iniciales de la enfermedad, con promedio de 55 años de edad y con un tiempo de diagnóstico menor de un año.

Con respecto a las características de atención psicológica que recibían las participantes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambas instituciones de salud que probablemente se relacione con las diferencias en las variables psicológicas. Más del 90% de la usuarias del Hospital de Alta Especialidad contaban con servicios de atención psicológica en el momento del estudio, el cual se componía en algunos casos de atención individual, de grupo y actividades psicoeducativas; en contraposición con el 17% de pacientes con atención psicológica en el Hospital General, el cual cuenta sólo con servicio individual. En este sentido, la atención psicológica de acuerdo a la literatura puede representar un importante mediador para un mejor bienestar psicológico de las pacientes en su proceso de atención a la salud, implicando el desarrollo de decisiones de solución de problemas dirigidas a un afrontamiento más adaptativo ante el proceso oncológico (Taylor, 2001; Moorey y Cols, 2003; Compas y Cols, 1997; Jacobsen, 2006).

Las pacientes que emplean estilos de afrontamiento pasivos presentan más problemas emocionales que las pacientes se enfrentaron a sus problemas de salud de modo activo-positivo al buscar soluciones a los mismos (Dunkel-Schetter. 1992). En relación al afrontamiento evitativo se sugirió en tres estudios, que las mujeres en su primer año

después diagnóstico presentaron ajustes más disfuncionales al cáncer de mama (Carver, 1993; Stanton y Snider, 1993; McCaul, 1999).

El uso eficaz de recursos activos-positivos en el afrontamiento del cáncer de mama fue visto como algo adaptativo, orientándose a la resolución de problemas en el escenario de atención a la salud (Schnoll, 1998).

Estos resultados sugieren que las mujeres que viven con el cáncer de seno en etapas iniciales, que sienten que su salud en general ha sido afectada por el cáncer y en particular las que han sido recientemente diagnosticadas, son quienes tienen más probabilidades de beneficiarse del desarrollo de estilos de afrontamiento activos-positivos (Owen y Cols, 2005).

Las pacientes con estilos de afrontamiento activos-positivos fueron más capaces de conseguir de la familia y los médicos, el apoyo que creían necesitar y tratar sus problemas de una manera más activa que otras pacientes menos adaptadas en el escenario de atención a su salud (Heim, 1995).

De acuerdo a los análisis presentados la primera variable de estudio fueron los estilos de afrontamiento activos-positivos al cáncer de mama, que de acuerdo a Moorey y Greer (1992), es un proceso cognitivo, afectivo y conductual dirigido a manejar las demandas que implica el diagnóstico, control, pronóstico de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico de mama.

La atención psicológica individualizada y de grupos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico de cáncer representan una herramienta para aquellas pacientes que requieran habilitarse en desarrollar estrategias para afrontar sus nuevas condiciones de vida así como para externar sus experiencias derivadas de la enfermedad (Rodríguez & Alvarado, 2009; Esplen, 2000, Stewart, 2001)

En este sentido, la literatura científica apoya el planteamiento que los estilos de afrontamiento activas-positivas permiten que las personas puedan asimilar eventos negativos de salud en la vida y que por el contrario, la ausencia de este tipo estilos de

afrontamiento conducen a sentimientos de pérdida asociados con procesos de ansiedad y depresión (Heather, 2006; Stewart, 2001; Laubmeier, 2004).

También la investigación apoya la idea de que las pacientes con cáncer que establecen afrontamientos activos-positivos, se sienten más eficaces sobre la capacidad de control y por lo tanto se ajustan mejor (Merluzzi y Martínez Sánchez, 1997; Lev, 1999), pueden disfrutar de una mayor calidad de vida y puede vivir más tiempo (Merluzzi y Nairn, 1999), que aquéllas que se sienten ineficaces.

La presencia de los estilos de afrontamiento activos-positivos identificados en las pacientes, son en su mayor parte aquéllos caracterizados por las relaciones interpersonales, cognitivo conductuales y de planeación en el Hospital de Alta Especialidad, en contraposición de con un menor uso de los mismos en el Hospital General.

Los estilos de afrontamiento activos positivos están asociados a una mejor adaptación a procesos de enfermedad crónicos como el cáncer, que representa importantes alteraciones en el estilo de vida en las pacientes (Moss, 1982, Lazarus & Folkman, 1984; Davison, 1993; Schnur, 2004).

En este contexto, es importante mencionar que la distribución de los estilos de afrontamiento activos-positivos representan una variable que de acuerdo a la literatura científica se encuentra propiciada en buena parte por la atención psicológica en escenarios hospitalarios, así como por mejores niveles de apoyo social (Rowland & Massie, 1996; Holleman, 1992; Asencio, 2004; Lepore, 2006).

Los cuidados psicosociales forman parte hoy de los estándares de cuidados de calidad a las pacientes con cáncer y que son considerados como una parte integral de la atención de este tipo de pacientes (NCCN, Distress Manegement, 2010).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el afrontamiento ante la enfermedad representa un importante mediador, en escenarios similares en donde algunas pacientes funcionan bien mientras que otras con igual diagnóstico y tratamiento médico, presentan un pobre funcionamiento psicológico (Miller, 2006; Rowland & Massie, 1996; Fawzy, 1995).

Urquidi y Cols (1996) mencionan que para el caso particular del cáncer de mama, dentro de las variables psicosociales estudiadas más importantes se encuentran las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicosocial a la enfermedad, las cuales resultan de vital importancia para comprender cómo la paciente se enfrenta a la tarea de reorganizar su vida diaria en los diferentes ámbitos como en el social, el laboral, el interpersonal, el sexual y el familiar.

La identificación de los diferentes niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en las pacientes de este estudio, se llevó a cabo con los Inventarios de Depresión de Beck (BDI) y de Ansiedad (BAI), del mismo autor.

Por lo que se refiere a los niveles de la variable ansiedad descritos en el presente estudio, los datos muestran que más del 60% de las pacientes presentan sintomatología ansiosa severa que amerita tratamiento, y hasta un 20% de éstas presentan sintomatología severa (Con un punto de corte de >15 para sintomatología moderada y >30 para sintomatología severa), lo cual va de acuerdo con los niveles reportados en instituciones de salud semejantes a las participantes en el presente estudio (Alvarado, 2003; Reynoso & Seligson, 2001; Rodríguez, 1998; Oblitas, 2002).

Es importante mencionar que se encontraron diferencias significativas por institución, ubicándose como más severas en el contexto del Hospitalario General, lo cual probablemente se deba a su menor infraestructura y cobertura de atención psicológica a su población derechohabiente; en contraposición con los servicios psicológicos que ofrece el Hospital de Alta Especialidad.

En el cáncer de mama, los periodos largos de depresión y ansiedad pueden estar asociados con nulo tratamiento psicológico durante la atención médica así como un endeble apoyo social (Bower, 2005; Burgess, 2005; Owen, 2005).

En lo que respecta a los niveles de la variable depresión detectados en el presente estudio, se observa que el 50% de las pacientes presentan sintomatología depresiva que amerita tratamiento, y hasta un 20% de éstas presentan sintomatología severa (Con un punto de corte de >17 para sintomatología moderada y >29 para sintomatología severa), lo cual concuerda con los niveles de sintomatología depresiva reportados en instituciones de

salud semejantes a las participantes en el presente estudio (Alvarado, 1998; Ascencio, 2000).

Rodgers y Cols (2005) señalan que el papel de las variables psicológicas, particularmente la depresión y la ansiedad en la progresión del proceso oncológico ha recibido más atención de la comunidad científica, debido no sólo a su asociación con el malestar afectivo de las pacientes, sino también a su efecto negativo en la adherencia terapéutica.

En cuanto a la relación entre los diferentes estilos de afrontamiento y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, se encontró una correlación inversamente proporcional entre la presencia de estilos de afrontamiento activos-positivos, principalmente en los estilos interpersonal, cognitivo conductual y de planeación, identificados con un mayor espíritu de lucha ante el cáncer y niveles de sintomatología depresiva y ansiosa menores. Esto, en el mismo sentido de la literatura científica señala que los afrontamientos caracterizados de desafío, apoyo social y solución de problemas inciden en niveles de ansiedad y depresión menores (Frumin & Greenberg, 2005; Haaga, 1995; Dukes & Holahan, 2003).

De acuerdo a los datos reportados los pacientes con cáncer: deprimidos y ansiosos presentan mecanismos de afrontamiento caracterizados por evitación, ansiedad, desamparo y menor espíritu de lucha, ubicando a las variables psicológicas como las más asociadas con padecimientos depresivos en pacientes oncológicos (Compas, 1998; Nezu, 2000; Zigmond, 1993; Coyne, 2006).

En relación a la asociación de los estilos de afrontamiento activo-positivos y su relación con la depresión y ansiedad Rodríguez y Cols (2007), mencionan que el afrontamiento caracterizado por evitación ansiosa, desamparo y menor espíritu de lucha puede determinar una diferencia significativa entre las pacientes oncológicas deprimidas de las no deprimidas.

Como se mencionó anteriormente, en relación con las diferencias encontradas en ambas instituciones de salud participantes, uno de los componentes que pudo influir en los niveles de depresión y ansiedad y su relación con los estilos de afrontamiento, pudo deberse

a la diferencia en cuanto a cobertura de atención psicológica en ambas poblaciones. Por lo que parece es importante mencionar claro que el área de trabajo de la atención psicológica a la población con cáncer está dirigida al desarrollo de afrontamientos más adaptativos, adherencia terapéutica y desarrollo de redes sociales capaces de amortiguar funcionalmente el escenario que conlleva padecer un proceso oncológico.

En la actualidad, se cuenta con diversos estudios que describen procesos ansiosos y depresivos en las pacientes que mayoritariamente se sitúan en estados avanzados del cáncer de mama, por lo que una de las aportaciones del presente estudio es que establece un corte transversal en un grupo de pacientes cáncer de mama situadas mayormente en los primeros estadios del proceso oncológico, población que por su reducido número se encuentra menormente representada en la mayor parte de los estudios directamente relacionados.

Finalmente, a lo largo de la presente investigación se presentan algunas limitaciones metodológicas que incidieron en los resultados del estudio entre las que destacan:

- 1) La falta de validez externa en relación a la imposibilidad de obtener una muestra aleatorizada de ambas instituciones de salud.
- 2) La imposibilidad de obtener mediciones longitudinales que permitan dar certeza sobre interacción de los estilos de afrontamiento, la depresión y ansiedad y la efectividad o no del tratamiento recibido.
- 3) La ausencia de mediciones de depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento activos-positivos previos al diagnóstico y tratamientos del cáncer de mama.

De ahí la importancia de desarrollar modelos explicativos más de corte longitudinal permitan identificar el papel que juegan otras variables mediadoras en el afrontamiento del cáncer y respaldar la importancia de la asociación de estilos de afrontamientos y sintomatología depresiva y ansiosa en procesos oncológicos de mama.

Cabe mencionar que no se contó con una muestra mayor ya que la posibilidad de invitar a un mayor número de pacientes, se vio limitada por el desarrollo paralelo de diversos proyectos de investigación en el mismo padecimiento oncológico en cada una de las instituciones participantes, lo cual redujo el número de potenciales participantes.



Algunas sugerencias derivadas de la presente investigación del presente estudio son:

- Conducir estudios con otras poblaciones oncológicas en estadios iniciales de cáncer de mama que permitan validar los resultados del presente estudio.
- La inclusión de variables mediadores en el afrontamiento a los procesos oncológicos como la efectividad del tratamiento recibido, la personalidad de las pacientes, tipo de apoyo social y nivel económico.
- Se sugiere investigaciones similares con un mayor número de participantes.
- Tratar de emplear modelos que asocien el papel de los estilos de afrontamiento y la sintomatología depresiva y ansiosa, de corte longitudinal, lo cual posibilitará acercarse a un modelo prospectivo acorde con el proceso temporal del cáncer de mama.
- Investigar los factores relacionados con el tipo de servicio a la salud (tipo de atención psicológica, número de horas, corte de la intervención) y su relación con los niveles de salud mental en este tipo de población.

En la presente investigación, como resultado de la revisión de la literatura científica y de los resultados obtenidos, se propone poner mayor atención en la identificación e intervención en pacientes en estadios iniciales cuyas características las identifiquen en riesgo de padecer sintomatología depresiva y ansiosa, y que puedan tener mayor probabilidad de afrontar de forma más adaptativa su enfermedad y recuperar su salud.

Frumin y Greenbeg (2005) mencionan que en la actualidad los pacientes con cáncer de mama viven más tiempo o se curan por completo, y en ese sentido la asistencia a los aspectos psicológicos de estos pacientes son importantes en todas las fases de la enfermedad ya sea como reacciones de adaptación o como síndromes concurrentes que pueden alterar el estado de ánimo y/o afectivo durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama.

Porter (2009) menciona que es evidente que el cáncer de mama será una carga cada vez mayor en muchos países y esto tendrá que representar una reorientación de recursos de salud para el diagnóstico, tratamiento y control del número de mujeres que se ven afectadas por la enfermedad, por lo que esto tendrá que traducirse en voluntad política, datos fiables

de registros de cáncer, apoyo de la comunidad pública y médica, así como de la colaboración de asociaciones de abogados, gobierno, fundaciones y organizaciones no gubernamentales.

Finalmente, Mohar (2009) señala que para enfrentar al cáncer de mama se requiere un esfuerzo multisectorial y transdisciplinario permanente, con mejor planeación y distribución de los recursos existentes, el cual es un esfuerzo impostergable.

## REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina de México. (2009). Programa Académico 2009.
- Aggarwal, A., Freund, K., Sato, A., Adams-Campbell, L., Lopez, A., Lessin, L., Ockene, J., Wallace, R., Williams, C. & Bonds, D. (2008). Are depressive symptoms associated with cancer screening and cancer stage at diagnosis among postmenopausal women? The women's health initiative observational cohort. *Journal of women's health*. 17 (8): 1353-1361.
- Aguilera-Guzmán, R., Mondragón, L. & Medina-Mora, M. E. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*. 31 (2): 129-138.
- Argimon, J. & Jiménez, J. (2006). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Arjonilla, S., Parada, I. & Pelcastre, B. (2000). Cuando la salud mental se convierte en una prioridad. *Salud Mental*. 23 (5): 35-40.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. & Bayés, R. (2003). Protocolos de intervención. En: Arranz P, Barbero JJ, Barreto P. y Bayés R. (Edit). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Angel, H., Martín, G., Manuel, G., (2004). *Manual de oncología, procedimientos quirúrgicos*. México: McGraw Hill.
- Andonegui, M. (2006). Relevancia de la investigación en cáncer. *Cancerología* 1: 226-227.

- Antoni, M., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A., Culver, J., Alferi, S., Yount, S. & McGregor, B. (2001). Cognitive-Behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 20 (1): 20-32.
- American Psychiatric Association: DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(1988). Barcelona:Masson.
- Aspinwall, L. & Taylor, S. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*. 121: 417-436.
- Almanza, J. & Holland, J. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología* 46 (3): 196-206.
- Bacela, J. & Bueno, A. (1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Piramide.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. The Exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Ballester, R. (1998). Introducción a la Psicología de la Salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promo Libro.
- Backer J. (2000). Stressors, social support, coping, and health dysfunction in individuals with Parkinson's disease. *Journal of Gerontological Nursing* 26, 6-16.
- Barajas, V. Robles, R. & Páez, F. (2004). Relación entre somatización, depresión y ansiedad: Revisión de la literatura y sugerencias para su estudio en México. *Psiquiatría*. 20(3): 15-19.

- Brain, M. & Sánchez, R. (1999). La bioética y la medicina administrada. *Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México*. 12(4): 233-234.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. México: Gedisa.
- Beck, A. (1984). Cognitive approaches to stress. En: Woolfolk, R. & Lehrer, P. *Principles and practice of stress management*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal Psychiatry*: 142; 559-563.
- Beck, A. (1980). La terapia cognoscitiva: su naturaleza y su relación con la terapia comportamental. En: Ardila, R. (Coord). *Terapia el comportamiento*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A., Rusch, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Ghilford Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: Hoeber.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*. 47 (1): 18-23.
- Belloc, N. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2: 67-81.

- Berenzon, S., Medina-Mora, M.E & Lara, M.E. (2003). Servicios de salud mental: Veinticinco años de investigación. *Salud Mental* 25(5); 16-21.
- Bernstein. D. (1980). Manejo de la ansiedad. En: Craighead, E., Kazdin, A. & Mahoney, M. (Coord). *Modificación de conducta: Principios, técnicas y aplicaciones*. España: Omega
- Bennett, M. & Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Breidbart, W. & Holland, J. (1988). Psychiatric complications of cancer current therapy. *Hematology Oncology*. 3; 268-274.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*. 10: 1-18.
- Bishop, S. & War, D. (2003). Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *Journal of Behavior Medicine*. 26(3): 265-281.
- Blazer, D. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health*. 9(6): 497–499.
- Bower J, Meyerowitz B, Desmond K, Bernaards C, Rowland J, Ganz P. (2005). Perceptions of Positive Meaning and Vulnerability Following Breast Cancer: Predictors and Outcomes Among Long-Term Breast Cancer Survivors. *Annals of Behavioral Medicine*. 29(3), 236-245.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI.

- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Journal of Behavioral Medicine. March.
- Caballo, V. & Anguiano, S. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos. En : Reynoso, L. & Seligson, I. (Coord). Psicología y salud. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Calderón, G. (2002). Comorbilidad entre los trastornos oncológicos y los trastornos afectivos. *Psiquiatría* 18(3): 161-179.
- Cano, F. (2005). Consentimiento bajo información. En: Moreno, L., Cano, F. & García, H. *Epidemiología Clínica*. México: McGrawHill.
- Cameron, R. & Schatzberg, A. (2004). Tratado mixto ansioso-depresivo. En. Stern, D. & Hollander, E. (Edit). *Tratado de trastornos de ansiedad*. España: ArsMedica.
- Caraveo-Aduaga, J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*. 22(2): 7-17.
- Carrasco, I. (2003). Programa de intervención cognoscitivo conductual para el cáncer de mama. Tesis de Maestría. México. UNAM
- Cederborg, J., & Freinkel, S. (1999). Bonding to Beat Breast cancer. *Health*, 13(9): 38-42.
- Cella, D. & Tulsky, D. (1993). Quality of life in cancer: Definition, purpose and method of measurement. *Cancer investigation*. 11: 327-336.
- Cheng, C., Hui, W. & Lam, S. (1999). Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspeptic symptoms: A psychological interactionist model. *Psychosomatic Medicine*. 66: 85-91.

- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 80: 814-833.
- Christensen, A. J., Ehlers, S.L., Raichle, K., Bertolatus, J.A. & Lawton, W. (2000) . Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology*. 19, 348-353.
- Cirera, E., Salamero, M., & Medinabeitia, T. (1997). En: Rojo, J. y Cirera, (Dir), *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Biblio stm.
- Craighead, E., Kazdin, A. & Mahoney, M. (1981). *Modificación de conducta: Principios, técnicas y aplicaciones*. España: Omega.
- Clasen C., Koopman C., Angell K. & Spiegel D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer . *Health Psychology* 15(6): 434-437.
- Clark, L. & Watson. D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal Abnormal Psychology*. 100: 316-336.
- Cohen, M. (2002). First-degree relatives of breast-cancer patients: Cognitive perceptions, coping and adherence to breast self-examination. *Behavioral Medicine*. 28 Spring.
- Cohen, F. & Lazarus, R. (1982). Coping with the stresses of illness. En: Stone, G., Cohen, F. & Adler, N. *Health Psychology. A Handbook: Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system*. New York: Jossey-Bass Publishers.



- Compas, B., Beckjord, E., Agocha, B., Sherman, M., Langrock, A., Grossman, C. Dausch. B. & Glinder, J. (2006). Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15: 1038-1054.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. 4(1): 9-19.
- Clayton, P., Grove, W., Coryell, W., Keller, M., Clayton, P. & Hirshfeld, R. (1991) Follow-up and family study of anxious depression. *American Journal of Psychiatry*. 158: 1512-1517.
- Davison, G. & Neale, J. (2002). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa-Wiley.
- De la Fuente, J.R. (2004). La salud en un México en transición. *Salud Pública de México*. 46(2): 164-168.
- De la Fuente, R. (2004). *Psicología médica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E., & Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México. Fondo de cultura económica.
- Desjerlais, R., Eisenber, L., Goog, B. & Kleinman, A. (1997). Contexto global del bienestar En: *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, p1-31.
- DSM-IV-TR: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, Masson, 2002.
- Díaz, A. (2006). Prevención en salud mental. Nueva. En: De la Fuente, R (Coord), *La patología mental y su terapéutica (II)*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Dohrenwend, B., Levav, I., ShROUT, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, G., Skodol, A. & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorder: The causation-selection issue. *Science*. 255. 946-951.
- Domínguez, B. & Montes, J. (2004). Psiconeuroinmunología. Factores de la enfermedad y del bienestar. En: G, Rodríguez (Dir.), *Medicina conductual en México*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Domínguez, B. (2004). Exordio. En: Barcelata, B. (Coord.), *Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.
- Domínguez, B. & Olvera, Y. (2005). *Dolor y sufrimiento humano*. México: Trillas.
- Drageset, S. & Lindstrom, T. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10. 401-409
- Dukes, K. & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*. 18 (1): 15-29.
- Durand, V. & Barlow, D. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.
- Díaz, A. & Esteban, R. (1999). Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. Número especial: 154-158.
- DiMatteo, M. Lepper, H. & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: metaanalysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives Internal Medical*. 160: 2101-2107.

- Epstein, S. & Hicks, D. (2006). Trastornos de ansiedad. En: Levenson, J. (Coord.). Tratado de medicina psicosomática. Barcelona: Ars Medica.
- Espinosa, G. (2003). Estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con psoriasis. Tesis de Maestría. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Birch Lane Press.
- Fawzy, L., Cousins, N. & Fawzy, N. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in methods of coping and effective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47. 729-735.
- Fernández, D., Soberanes, E. & Díaz, E. (2005). Consentimiento informado en medicina. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 3(1): 59-61.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos *Psicooncología*. 1 ( 2-3): 169-180.
- Ferrero, B., Toledo, A., & Bareto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1), pp. 87-102.
- Figuroa, J. (2005). Algunas reflexiones sobre las dimensiones éticas de la investigación social sobre salud. *Memorias del VII Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y de la Salud*. Brasil.
- Flanagan, S. & Liberman, R. (1985). Problemas éticos en la práctica de la terapia conductual. En: Rosenbaum, M. (Coord.). *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Flores-Luna, L., Salazar-Martínez, E., Duarte-Torres, R., Torres-Mejía, G., Alonso-Ruiz, P. & Lazcano-Ponce, E. (2008). Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública de México*. 50(2).
- Franchi, S. (2003). El modelo cognitivo de la depresión. En: Chapa, H. (Coord). *Distimia y otras depresiones crónicas*. Argentina: Médica Panamericana.
- Frenk J, (2009). Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud Pública de México* 51(S2):135-137.
- Frenk, J. (2000). La salud de la población: Hacia una nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica. 37-56; 56-70; 70-98.
- Frenk, J. (1994). Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. Fundación Mexicana para la Salud, México.
- Friccione, G & Marcantonio, E. (2005). El paciente con una enfermedad médica crónica. En : Steren, T., Herman, J. & Slavin, P. *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía Práctica*. España: McGrawHill.
- Frumin, M. & Greenberg, D. (2005). El paciente con cáncer. En : Steren, T., Herman, J., & Slavin, P. *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía Práctica*. España: McGrawHill.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A. & Gruen, J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(5): 992-1003.
- Ganong, W. (1990). *Fisiología médica*. México: Manual Moderno.

- Gallegos-Alvarado, M. & Hernández-Herrera, D. (2008). Revista Enfermería IMSS. 16(2): 99-104.
- Gallo, J.J. (2000). Depresión. Cuadruplica el riesgo de contraer cáncer de mama. Cancer causes control. 11: 751-758.
- Gerson, R., Serrano, A., Villalobos, A., Sánchez-Forgach, E., Sánchez-Basurto, C., Murillo, A. & Ortiz-Hidalgo, C. (2002). Biomarcadores en el pronóstico y respuesta al tratamiento en cáncer mamario. Gaceta Médica Mexicana. 138(1): 15-24.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En: Simon (Dir.) Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva
- Golden, W., Gersh, D. & Robbins, D. (1992). Psychological treatment of cancer. A cognitive behavioral approach. USA: Macmillan Publishing Company.
- Goldfried, M. & Davison, G. (1994). Clinical Behavior Therapy.
- Goldfried, M. & Goldfried, A. (1987). Métodos de cambio cognitivo. En: Kanfer, F. & Goldstein, A. (Coord.). Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gómez-Mont, F. (1994) Información clínica. Instituto mexicano de Psiquiatría. 5(2), Feb.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns., Porrás-Condey, Raúl., Carvalho, N., Loncich, K., Dias. R. & Kulkarni, S. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el sistema de protección social en salud de México. Salud Pública de México. 49 (1): s37-s52.

- González-Forteza, C. (1992). Estrés psicosocial y respuesta de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes: Tesis de Maestría en Psicología Social. México. UNAM.
- Gross, J. (1999). Emotion and emotion regulation. En: Pervin, L. & John, O. (Edit.). Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford Press.
- Heather S. Jim, Susan A. Richardson, Deanna M. Golden-Kreutz, and Barbara L. Andersen. Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. (2006). *Health Psychology*, 25(6): 753–761
- Herrera A, Granados M, De la Garza J. (2006). El cáncer. En: Herrera A, Granados M, González M. Manual de Oncología: Procedimientos médico quirúrgicos.
- Hernández-Avila, M. (2004). Mensaje de toma de posición del doctor Mauricio Hernández-Avila. *Salud Pública de México*. 46(3): 258-260.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La psicología preventiva: Su validez y eficacia en el contexto de la Psicología Conductual. En: *Psicología conductual*, 3(2).
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa J.J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*. 8 (1): 83-90.
- Henderson, C. (2000). Depressed patients less likely to accept chemotherapy. *Cancer weekly*, Jul, 6.
- Hopwood P, Howell A, Maguire P (1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *British Journal of Cancer*. 64: 353-356.

- Horwitz, A & Scheid, T. (1999). Approaches to mental health and illness: Conflicting definitions and emphases. En: (Horwitz & Scheid, Eds A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems. Cambridge University Press, p.p. 1-11.
- Holland, K & Holahan, C. (2003). The relation of social support of coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*. 18( 1): 15–29.
- Isaias, M. (2001). La metodología en la ética. *Psiquiatría*. 17 (2): 51-53.
- Islas-Saucillo, M. & Muñoz, H. (2000). El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. *Revista Médica del Hospital General de México*. 63(4):267-273.
- Jenicek, M. & Cléroux, R. (1993). *Epidemiología*. España: Masson.
- Jurado, C.S., Méndez, S. L. & Villegas, H.E. (1996), Psychometric properties of the Beck Depression inventory in Mexican population. Paper presented at the XXVI International Congress of Psychology. Montreal Canada.
- Jurado, C.S., Villegas, E., Méndez, S.L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3).
- Kaplan, D., Smith, A., Grobstein, R. & Fischman, S. (1977). Family mediation of stress. En: Moss, R. (Edit). *Coping with pshysical illness*. New York: Plenum Medical.
- Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México* 51(S2), 335-344.

- Katón, W.J. (2001). The depressed patient with comorbid illness. Program and abstracts of the 154<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 5-10; New Orleans, La Industry Symposium, Part 2, 438.
- Kazdin, A. (2006). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: PrenticeHall
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGrawHill.
- Kim, Y., Valdimarsdottir, H. B., & Bovbjerg, D.H. (2003). Family histories of breast cancer, coping styles, and psychological adjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 26: 225-243.
- Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 13(4): 206-217.
- Kissane, D., Grabasch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S. & Smith, G. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38: 320-326.
- Kendall, P. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 13: 357-372.
- Kovacs, M. & Beck, A. (1979). *Cognitive affective processes in depression. Emotions in personality and psychopathology*. New York: Plenum.



- Knaul F, Bustreo F, MD, Ha E, Langer A. (2008). Breast cancer: Why link early detection to reproductive health interventions in developing countries?. *Salud Pública de México*, 51 (S2). 220-227.
- Kuthy, P. (1997). *Introducción a la Bioética*. España: Méndez Editores
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw Hill.
- Taylor, E. & Ingleton, C. (2003). Hypnotherapy and cognitive-behaviour therapy in cancer care: the patients' view. *European Journal of Cancer Care*. 12: 137-142.
- Terry, D. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Personal Individual Differences*. 2(1): 1031.1041.
- Tena, C., Ruelas, E., Sánchez, J., Rivera, A., Moctezuma, G., Manuelle, G., Ramírez, A., Casares, S., Hernández, L. & Migoya, A. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica IMSS*, 40 (6):523-529.
- Thomas, S. & Marks, D. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 4: 231-237.
- Torres-Arreola, L. & Vladislavovna, S. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Revista Médica IMSS*. 45(2): 157-166.
- Trull, T. & Phares, E. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson
- Sánchez-Sosa, J. J. & González, J. A. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo*. México: UNAM Sociedad Mexicana de Psicología CONACYT.

- Semerari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós
- Sherbourne, C., Wells, K. & Meredith, L. (1996). Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Archive General of Psychiatry*. 53: 889-895.
- Sirgo, A. & Gil, F. (2000). Intervención psicoeducativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En: Gil, F. (Coord.) *Manual de Psicooncología*. Madrid: Nova Sidona.
- Sprung, C.L. & Winick B.J. (1989). Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives of the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. *Critic Care Medicine*. 17(12): 1346-1350.
- Shekelle, R., Raynor W, Ostfeld, A., Garron, D., Bieliauskas, L., Liu, S., Maliza, C., & Paul, O. Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*. 43(2):117-125.
- Sotelo, C & Maupome, V. (1999). Traducción y estandarización del cuestionario Modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para población mexicana. Tesis de licenciatura. México. UNAM.
- Simon, G & Von Korff, M. (1991). Somatization and Psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal Psychiatry*, 148: 1949-1500.
- Stricker, G. (1985). 7 Problemas éticos en la investigación psicoterapéutica En: Rosenbaun, M. (Coord.). *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stone, M. (2004). Historia de los trastornos de ansiedad. En. Stern, D. & Hollander, E. (Edit). *Tratado de trastornos de ansiedad*. España: ArsMedica.

- Sydney, J & Moshe, S. (1995). *Libérese del cáncer*. USA. Simon Shuster y Aguilar.
- McCarthy, M. (2000). Material informativo para pacientes y familiares. En: Bland, K. & Copeland, E. (Dir.), *La mama: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Argentina: Médica Panamericana.
- MacDaniel, J., Musselman, D. & Porter, M. (1995). Depression in patients with cancer, diagnosis, biology and treatment. *Archives General Psychiatry*. 52: 89-99.
- McDaniel, J. & Nemeroff, C. (1993). Depression in the cancer patient. Diagnostic, biological, and treatment aspects. En: Chapman, C. & Foley, K. (Edit). *Current and Emerging Issues in Cancer Pain*. Nueva York: Raven Press.
- Mahoney, M. (1977). Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*. 32: 5-13.
- Mahoney, M. (1993). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 7: 138-157
- Manne, S., Ostroff, J., Norton, T., Fox, K., Grana, G. & Goldstein, L. (2006). Cancer specific self-efficacy and psychosocial and Functional adaptation to early stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*. 31(2): 145-154.
- Manual for Staging of Cancer American Joint Committee on Cancer (AJCC). 4<sup>th</sup> ed, Lippincott-Raven Publisher.
- Matarazzo, J, D. (1984). Behavioral Health: (1990) Challenge for the Health Services Professions. En J. D. Matarazzo., S. M. Weis, J.A. Herd & N. E., Miller. (Edits). *Behavioral Health. A Handbook of Healt*. En: Bancement and Disease Prevention. New York: John Wiley & Sons.

- Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*. 35 (9): 807-817.
- Maté, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 1(2): 211-230.
- Mariño, C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J.J. & González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(12): 141-145.
- Martin, M. & Crespo, D. (2000). Trastornos afectivos en oncología. En: Leal, C. (Edit). *Trastornos depresivos en la mujer*. España: Masson.
- Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(S2): 350-360.
- Martínez-Martínez, K., Carrascosa-Venegas, C. & Ayala-Velázquez, H. (2003). *Salud Pública de México*. 45 (1): 5-12.
- Massie, M.J. & Popkin, M.K. (1998). Depressive disorder. In *Textbook of psycho-oncology* (Ed. J.C. Holland), New York, Oxford University Press, pp.518-40.
- Massie, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal National Cancer Institute Monographic* 32: 57-71.
- Massie, M. & Greenberg, D. (2006). Oncología. En : Levenson, J. (Coord): *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona: Ars Médica.

- Maza-Fernández ME, & Vecchi-Martini E. (2009). El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. *Salud Pública de México* 51(S2): 329-334.
- McGarvey, L., Canterbury, R. & Cohen, R. (1998). Evidence of acute stress disorder after diagnosis of cancer. *Southern Medical Journal*. 91(9): 864-866.
- Mechanic D. (1999). Mental health and mental illness. Definitions and perspective. In Horwitz & Scheid (Eds). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems*. Cambridge University Press, p1-11.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C & Benjet, C. (2005). La Salud Mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Manual de trastornos mentales*. Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4): 1-16.
- Mendoza-Romo, M., Nava-Zarate, N. & Escalante-Pulido, J. (2003). Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. *Gaceta Médica Mexicana*. 139(2): 184-187.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación del estrés*. México: Ediciones roca.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Mezzich, J., Kleinman, A., Fabrega, H., Parron, D. (1996). *Culture & Psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective*. Washington, D.C.: American Psycyhiatric Press.

- Michell, A. & House, A. (2003). Patologías médicas y quirúrgicas, y tratamientos asociados con trastornos psiquiátricos. En: Gelder, M., López-Ibor, J. y Andreasen, N. Tratado de Psiquiatría (II). España: Ars Medica.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). Reducing risks for mental disorders. Whashington: National Academy Press.
- Mohar A, Bargalló E, Ramírez Ma, Lara F, Beltrán-Ortega A. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. Salud Pública de México, 51 (S2): 263-269.
- Moldin, S. (1993). Asociation between major depressive disorder and physical illness. Psychological Medicine. 23: 755-761.
- Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. Salud Mental. 30 (6): 25-31.
- Morales-Chávez, M., Robles-García, R., Jiménez-Pérez, M. & Morales-Romero, J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. Salud Pública de México. 49 (4):247-248.
- Moss, R. (1977). Coping with pshysical illness. New York: Plenum Medical.
- Moreno, J., Lara, C. & Torner, C. (2005). El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. Salud Mental. 28 (6): 20-26.
- Moyer, A. & Salovey, P. (1996). Psychosocial squealed of breast cancer and its treatment. Annals of Behavior Medicine. 18:110–125.

- Mudgal, J., Guimaraes, G., Díaz-Montiel, J., Flores, Y. & Salmerón, J. (2006). Depression among health workers: The role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental*. 29 (5): 1-8.
- Munuera, J., Abad, M., Albert, M. & Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw Hill.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2001). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A. (2001). Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (2): 185-192.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S & Houts, P. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública de México* 51(S2): 254-262.
- Passiks, D., McDonald, M., Dugan, W., Edgerton, S. & Roth, A. (1997). Treatment of depression in cancer patients: Recognition and Treatment. *Medscape Mental Health*, 2(5): 1-14.
- Pattison. J., Cowley. D., Lemcke, D. & Marshall, L. (2004). *Diagnóstico y tratamiento en medicina de la mujer*. México: Manual Moderno.

- Petrie, K. & Weinman, J. (Ed.) (1997). *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood.
- Pérez-Tamayo, R. (2005). Ética Médica, salud y protección social. *Salud Pública de México* 47(3): 245-251.
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. España: Pearson.
- Programa de Residencia de Medicina Conductual. (2001). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Poblano-Verástegui, O., Figueroa-Perea, J. & López-Carrillo, L. (2004). Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México*. 46 (4).
- Porter, P. (2009). Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Pública de México*. 51 (S2): 142-146.
- Ravdin P (1997) Cáncer de mama. En: Geoffrey Weiss. *Oncología clínica*. Manual Moderno: México.
- Ramirez, M., Glickman, M., Weatherford, P. & Ryser, N.(2000). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorder: Why and how it works. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 64(3): 52-70.
- Randall, M. y Finkelstein, S. (2007). Integration of Cognitive Behavioral Therapy into Psychiatric rehabilitation day programming. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 3(3): 199-206.
- Razavi, D. & Delvaux, N. (1994). *Psycho-oncology*. Paris: Masson.



- Raison, C., Giese-Davis, J., Miller, A. & Spiegel, D. (2007). Depresión en el cáncer: Mecanismos, consecuencias y tratamiento. En: Evans, D., Charney, D. & Lewis, L. (Coord.), Guía para el médico: Depresión y trastornos bipolares. España: McGrawHill.
- Reuter, K., Classe, K., Roscoe, J., Morrow, G., Kirshner, J., Rosenbluth, R., Flynn, P., Shedlock, K. & Spiegel, D. (2006). Association of coping style, pain, age, and depression with fatigue in women with primary breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15: 772-779.
- Reddick, B., Nanda, J., Campbell, L. Ryman, D. & Gaston-Johansson, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 23 (2/3): 137-157.
- Remick, R.A. (2002). Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ*. 167: 1253-1260.
- Reyes, A. (1996). Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. México.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual. México: Manual Moderno
- Reynoso, L. & Seligson, I. (Coord) (2002). Psicología y salud. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Ridruejo, P., Medina, A & Rubio, J. (1997). Psicología médica. España: McGrawHill.
- Rimm, D. & Masters, J. (1980). Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.

- Riveros, L. (2002). Calidad de vida en padecimientos crónicos: Un estudio en pacientes hipertensos. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D: Scale in different ethnic context *Psychiatry Research*. 2: 125-134.
- Roca, M & Bernardo, M. (1996). Trastornos depresivos en patologías médicas. España: Masson.
- Rodgers, J., Martin, C., Morse, R., Kendell, K. & Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale in patients with breast cancer. *Health and quality of life outcomes*. 3:41.
- Rojtenberg, S. & Moreno, F. (2005). Trastornos depresivos monopolares. En: Alarcon, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (Coord.). *Psiquiatría*. Washington: OPS.
- Rowland, J. & Massie, M. (1996). Psychologic reactions to breast cancer diagnosis, treatment, and survival. En: Harris, J., Lippman, M., Morrow, M. and Hellman, S. (Eds.). *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven, Philadelphia.
- Rodríguez, A. & Alvarado, S. (2009). Impacto psicológico de la comunicación en las salas de espera de la quimioterapia ambulatoria. *Cancerología*.4 (1): 31-38.
- Rodríguez, R., González, E. & Castelao, A. (2008). Consentimiento informado. *Nefrología Suplemento*. 3: 113-118
- Rodríguez, B., Bayón, C. Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 4 (1): 7-19.

- Rodríguez, G (Coord) (2004). *Medicina Conductual en México*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez, G. (2000). *Relación médico-paciente. Interacción y comunicación*. México: Ángel Porrúa.
- Rodríguez, G & Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Roth, M. Gurney, C. & Graside, R. (1972). Studies in the classification of affective disorder: the relationship between anxiety states and depressive illness. *British Journal Psychiatry*. 121: 147-161.
- Rosenman, J. & Pollak, M. (1991). Ansiedad. En: Cassem, N. (Coord.). *Psiquiatría de enlace en el hospital general*. México: Díaz de Santos.
- Rouhani, M. & Holland, J. (2003). Aspectos psiquiátricos del cáncer. En: Gelder, M., López-Ibor, J. & Andreasen, N. *Tratado de Psiquiatría (II)*. España: Ars Medica.
- Rubiera, G., Arbizu, R., Alzueta, A., Agúndez, J. & Riera, J. (2003). La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. *Gaceta Sanitaria*. 18 (2): 153-158.
- Ruiz, L. & Corlay, I. (2005). Depresión en el contexto médico. En: Alarcon, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (Coord), *Psiquiatría*. Washington: OPS.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2004). Taller: Terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión. XII Congreso Mexicano de Psicología.

- Sharpley, C. & Christie, D. (2007). "How I was then and how I am now": Current and retrospective self-reports of anxiety and depression in Australian women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 16: 752-762.
- Stillman, S. (2000). Recursos psicosociales para las pacientes con cáncer de mama y sus familias. En: Bland, K. & Copeland, E. (Dir.), *La mama: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Argentina: Médica Panamericana.
- Simón-Lorda P. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica (II). *Medicina Clínica*. 101: 174-82.
- Simón-Lorda, P. & Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina Clínica*. 117: 99-106.
- Shinagawa SM. (2000). The excess burden of breast carcinoma in minority and medically underserved communities. *Cancer*. 88(S5), 1217-1223.
- Spiegel, D. & Bloom, J. (1983). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*. 52: 341-345.
- Spiegel, D., Sands, S. & Koopman, C. (1994). Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*. 74: 2570-2578.
- Lara, C. & Alvear, M. (1991). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología. *Salud Mental* 4(1).
- Labrador, F., Muñoz, M. & Cruzado, J. (1990). *Medicina Conductual*. En: F. Fuentenebro. & Vázquez C. (Eds.) *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, 641-651. Madrid: McGrawHill.
- Latorre, P. & Benet, M. (1994). *Psicología de la salud*. Buenos aires. Lumen.

- Lara F, Arce C, Alvarado A, Pérez V, Castañeda N, Ramírez M, Maafs E. (2005). En. Herrera A, Granados M, González M. Manual de Oncología: Procedimientos médico quirúrgicos. McGrawHill: México
- Larracilla, J. (2003). El consentimiento informado en investigación. Generalidades. Acta médica grupo ángeles. 1(3): 167-171.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus. L. (2000). Reason and our emotions: A hard sell. The general psychologist. 55: 665-673.
- Lazcano-Ponce, E., Tovar-Guzmán, V., Alonso-De Ruiz, P., Romieu, I. & López-Carrillo, L. (1996). Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro. 38(2): 139-152.
- Leahy, R. (2003). Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. New York: The Guilford Press.
- Letho, U., Ojanen, M. & Kellokumpu-Lethinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. Annals Oncology. 16: 805-16.
- Ley General de Salud. (1998).Reglamento de la Ley General de Salud. Materia en Investigación para la Salud. Porrúa
- Link, BG. & Phelan, JC. (1999). The labeling theory of mental disorder (II): Consequences of labeling. En: Horwitz & Scheid (Eds) A handbook for the study of mental

health: Social contexts, theories and systems. Cambridge University Press, p361-376.

Low, C., Stanton, A., Thompson, N., Kwan, L. & Ganz, P. (2006). Contextual life stress and coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer survivorship. *Annals of Behavioral Medicine*. 32(3): 235-244.

López, L. & Méndez, M. (2008). Detección oportuna de cáncer de mama en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 13(2): 45-49.

Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud pública de México*. 51 (S2), 147-156.

Luecken, L. & Compas, B. (2002). *Annals of Behavioral Medicine*. 24 (4): 336-344.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.

Omran, A. R. (1971) The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 509-538.

Organización Mundial de la salud Informe sobre la salud en el mundo. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. 29-30.

Organización Mundial de la Salud (2005). *El contexto de la salud mental. Conjunto de guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. OMS, Editores Médicos.

Ortiz-Hernández L. (2003). Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones. *Salud Poblacional*. 8: 17-26.

- Urquidi, L., Treviño, M. & Gálvez, M. (1999). *Revista Sonorense de Psicología* 13 (1): 30-36.
- Urquidi, L. (1996). *Indicadores Psicológicos Asociados al Cáncer de Mama*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología Universidad de Sonora: México.
- Valencia, M. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*. Día mundial de la Salud Mental. *Salud Mental*. 30(2).
- Valladares, G, Rondón, M. (2005). *Psiquiatría de la mujer*. En: Alarcón, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (Coord), *Psiquiatría*. Washington: OPS.
- Vallejo, J., Gastó, C., Cardoner, N. & Catalán, R. (2002). *Comorbilidad de los trastornos afectivos*. España: Ars medica.
- Vitela, N. (2006) *Trastornos mentales, identifiquemos*. *Reforma Salud*, Marzo: pp.12-13,
- Weinman, J. y Petrie, K. (2003). *Psicología de la salud*. En: Gelder, M., López-Ibor, J. & Andreasen, N. *Tratado de Psiquiatría (II)*. España: Ars Medica.
- Wade, C. & Tavris, C. (2003). *Psicología*. México: Pearson.
- Wagner, F., Martin, H. & Bland, K. (2000). *Historia del tratamiento de la enfermedad mamaria*. En: Bland, K. & Copeland, E. (Dir.). *La mama: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Argentina: Medica Panamericana.
- Watson, M. & Greer, S. (1998). *Personality and Coping*. En: Holland, J. (Edit). *Psycho-oncology*. USA: Oxford.

- Wainstock, J. (1991) Breast cancer: Psychological consequences for the patient. *Semin Oncology Nursing*. 7:207.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. En: Davey, G. & Tallis, F. (Eds.) *Worrying: Perspectives on Theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley.
- Wolpe, J. (2004). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
- Wilcoxon, L., Schrader, S. & Nelson, E. (1980). En: Craighead, E., Kazdin, A. & Mahoney, M. (Coord). *Modificación de conducta: Principios, técnicas y aplicaciones*. España: Omega
- Yeatman, T. & Bland, K. (2000). Estadificación del cáncer de mama. En: Bland, K. & Copeland, E. (Dir.), *La mama: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Argentina: Médica Panamericana.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, M., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 10: 19-28.
- Zabora, J. (2000). Consecuencias psicosociales del cáncer de mama. En: Bland, K. & Copeland, E. (Dir.), *La mama: Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Argentina: Médica Panamericana.
- Zampimi, K. & Ostroff, J (1993). The post-treatment resource program: Portrait of a program for cancer survivors. *Psychooncology*. 2:1-9.
- Zeichner, I. & Candelaria, M. (2006). Cáncer de mama: Un problema de salud. *Cancerología*. 1: 143-145.



# ANEXOS

**ANEXO 1****CONSENTIMIENTO INFORMADO****Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama****Propósito**

Usted está invitada a participar voluntariamente en el presente proyecto de investigación, que busca conocer cómo se sienten las mujeres respecto a sus problemas de salud. El proyecto está dirigido por el Licenciado \_\_\_\_\_-, estudiante de la Maestría en Salud Mental Pública, de la Facultad de Medicina de la UNAM quien recibe una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para el apoyo y desarrollo de su estudios e investigación. El proyecto pretende desarrollar conocimientos para un mejor entendimiento de cómo se sienten las mujeres con cáncer de mama y mejorar así su proceso de atención. Los participantes en la investigación deben ser mujeres entre 20 y 60 años de edad que tengan diagnosticado cáncer de mama. Usted cumple con estas características.

**Procedimiento**

Si usted decide participar en este proyecto, su colaboración consistirá en llenar un cuestionario en forma confidencial e individual con el investigador Oscar Galindo Vázquez. El cuestionario consiste en responder voluntariamente varias preguntas respecto a cómo ha vivido el cáncer de mama y el manejo del estrés ante tal diagnóstico. Si usted tiene dudas, el investigador estará dispuesto a darle mayor información. Las respuestas son confidenciales y privadas. El contestar el cuestionario durará aproximadamente 25 minutos.

**Confidencialidad**

Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y privada, nunca se hará mención de su nombre. Esta información se mantendrá bajo resguardo del equipo de investigación para uso exclusivo de la misma. En la publicación de los resultados no se hará referencia directa a las personas participantes.

**Beneficios**

Los beneficios que puede obtener al participar en el estudio son:

- Se le referirá si usted así lo desea a atención especializada para apoyarla en su problema de salud
- Además, podrá participar como asistente en sesiones informativas sobre diversos aspectos que le suceden frecuentemente a las personas con cáncer de mama, como el estrés y cómo ayudarle a afrontarlo de mejor manera.

Con su colaboración, la investigación explorará el estado actual del tema en estudio (conocimientos para un mejor entendimiento de cómo se sienten las mujeres con cáncer de mama y mejorar así su proceso de atención). Con los resultados se pueden proponer recomendaciones que ayudarán mejorar la atención a pacientes como usted. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno, ni para el investigador ni para los colaboradores del estudio. Si usted decide participar tiene derecho a exigir toda la información al respecto, los resultados obtenidos y los análisis que se derivaron de la información registrada durante todo el proceso.

**Riesgos**

Durante la entrevista se puede hablar de cosas que le causen sentimientos, como tranquilidad, alegría, paz, o bien, tristeza o angustia, pero usted puede expresarlo, podríamos platicar sobre ello para que se sienta. Si en algún momento en que este respondiendo el cuestionario usted desea suspender o retirarse del mismo, lo podrá hacer, sin ninguna repercusión en ninguno de los tratamientos que recibe o que deba recibir en el futuro.

**Preguntas**

Toda duda que surja antes, durante o después de esta entrevista, podrá consultarla conmigo.

¿Tiene usted alguna pregunta? \_\_\_\_\_

Si acepta participar, debe firmar el presente formulario de consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido y que el investigador ha respondido a todas sus preguntas. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación, además usted recibirá una copia del mismo.

Yo. \_\_\_\_\_ declaro que estoy de acuerdo en participar en esta entrevista, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por el entrevistador. El me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, surja durante el desarrollo de la entrevista. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento de la entrevista sin que ello signifique afectaciones en la atención médica que se me proporcione en esta institución de salud.

México D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2009

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR

Alumno del Posgrado de la Facultad de Medicina UNAM.

04455 \_\_\_\_\_ @yahoo.com.mx