



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología



**Depresión y Ansiedad en Mujeres
con Cáncer de Mama en Pachuca, Hidalgo**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Licenciada en Psicología

PRESENTA:

García López Angélica Janneire

Directora:

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Pachuca de Soto, Hidalgo, 2017

Para Andrés García Flores:

Hola papá, te he extrañado mucho desde tu partida, sin embargo sé
que nunca te has ido.

Hoy quiero decirte que TE AMO y agradezco a la vida el tiempo que
estuviste conmigo; con tu amor, paciencia y sabiduría
forjaste a la mujer en la que me he convertido.

Estoy segura que desde el momento en que nací hasta el último día
que nos vimos siempre velaste por mí, trabajaste duro
y diste lo mejor de ti para mí y mis hermanos.

Estoy muy orgullosa de ser tu hija y seguir tus pasos, con tu
ejemplo me enseñaste que no importan las
adversidades hay que superarse cada día, y que con
dedicación y paciencia se logran nuestras metas.

Esta tesis: mi trabajo, mi esfuerzo, mis ganas de superarme te
los dedico a ti.

Gracias por todo papá.

Agradecimientos

Mamá, siempre te he admirado; eres una mujer muy fuerte, a pesar de todo lo que hemos pasado, de todo lo que has vivido, sigues teniendo esa chispa, esa alegría por la vida, el coraje y la determinación para seguir adelante por ti, por mí, por mis hermanos. Te amo con todo mi corazón, gracias por tenerme paciencia y ayudarme alcanzar esta meta.

Laura, Alejandra y Luis, hermanos, los llevo en mi corazón, gracias por hacer mi camino más placentero y liviano.

Cuñis y “pequeñines” son mi familia y les agradezco por formar parte de mi vida.

A mi tía Ara y a mi prima Pau, siempre echándome porras, y contagiándome con su buena vibra, a mi abuelita Guadalupe Flores, sin ti yo no estaría aquí, muchas gracias.

A mis amigos Karla, Rogelio, Daniela, Mauricio, Rodolfo, Carlos, Roberto, Esli, Janneth, Brigitte, Valeria, Violeta y a mi compadre Ali, gracias, de una forma u otra se mantuvieron presentes, me dieron ánimos, me orientaron y continúan brindándome su amistad y cariño.

Para Mi Guerrero de Sangre: Yael Miranda, a ti te agradezco y te debo más de lo que puedo escribir, tu amor tan sincero y leal, tu apoyo, tus ánimos, tus palabras de aliento, tus abrazos, tu consideración, tu admiración, cada acción que has hecho para ayudarme a lograr mis proyectos personales. Ambos sabemos lo que significa perder nuestro “ojo de venado” y levantarnos cada día dando lo mejor de nosotros mismos. Te admiro y te amo por lo que eres. Gracias por ser mi compañero incondicional. Nunca dudes de tu capacidad y tu fortaleza para seguir adelante. Te amo.

|

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Cáncer de mama.....	5
Definición	5
Síntomas.....	6
Tipos	8
Epidemiología	11
Detección del Cáncer de mama.....	12
Factores de Riesgo	18
Consecuencias	39
Tratamiento del Cáncer de Mama.....	48
Capítulo 2. Depresión.....	54
Definición	54
Teorías de la Depresión.....	55
Síntomas.....	56
Tipos y Criterios Diagnósticos de Depresión	58
Formas de Evaluación	62
Depresión y Cáncer	64
Capítulo 3. Ansiedad	67
Definición	67
Teorías de la Ansiedad	67
Síntomas.....	72
Tipos y Criterios Diagnósticos de Ansiedad.....	72
Formas de Evaluación	74
Ansiedad y Cáncer.....	76
Ansiedad, Depresión y Cáncer	77

Capítulo 4. Planteamiento del Problema.....	82
Justificación	82
Pregunta de Investigación.....	83
Objetivo General	83
Objetivos específicos	83
Hipótesis	84
Método	85
Participantes	87
Tipo de estudio y diseño	88
Instrumentos y Materiales	89
Procedimiento	90
Capítulo 5. Resultados	92
Datos Sociodemográficos	92
Datos Referentes al Cáncer	93
Resultados y Análisis de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck	96
Resultados y Análisis de los Datos Referentes al Cáncer con los Niveles de Ansiedad y Depresión	98
Capítulo 6. Discusión y Conclusiones.....	104
Limitaciones y Sugerencias	117
Referencias	120
Anexos	145
Anexo 1: Autorización del Hospital General de Pachuca para la aplicación de los Instrumentos	146
Anexo 2: Formato de Consentimiento Informado.....	147
Anexo 3. Formato de Encuesta Sociodemográfico	148

Índice de tablas

Tabla 1. Definición de variables	85
Tabla 2. Descripción de la muestra	92
Tabla 3. Tipo de cáncer y duración	94
Tabla 4. Datos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck	96
Tabla 5. Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck	97
Tabla 6. Asociación entre los Factores del Inventario de Ansiedad de Beck y el Total de Depresión	97
Tabla 7. Asociación entre el Total de Ansiedad y el Total de Depresión	98
Tabla 8. Asociación entre tiempo de diagnóstico y Total de Ansiedad	98
Tabla 9. Tiempo de diagnóstico con los niveles del BAI	99
Tabla 10. Asociación entre el tiempo de diagnóstico y puntaje total de Depresión	100
Tabla 11. Tiempo de diagnóstico con los niveles del BDI	101
Tabla 12. Tipo de tratamiento y niveles de ansiedad del BAI	102
Tabla 13. Tipo de tratamiento con los niveles de depresión del BDI	102

Índice de Figuras

Figura 1. Frente al espejo.	13
Figura 2. Brazos en alto.	13
Figura 3. Brazos en horizontal.	14
Figura 4. De perfil.	14
Figura 5. Brazos a los lados.	15
Figura 6. Mama izquierda.	15
Figura 7. Distribución por tipo de tratamiento.	95
Figura 8. Distribución cuidador primario en pacientes con cáncer.	96
Figura 9. Distribución entre tiempo de diagnóstico y niveles de ansiedad	100
Figura 10. Distribución entre el tiempo de diagnóstico y niveles de depresión	101

Resumen

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres a nivel mundial. En México, esta enfermedad ocupa el primer lugar en incidencia de neoplasias malignas y representa un problema de salud social alarmante. La depresión y la ansiedad son los factores psicosociales más comunes relacionados al deterioro y la disminución de la efectividad de los tratamientos y contribuyen al aumento de la morbilidad de las pacientes que lo padecen. Partiendo de lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama atendidas en Pachuca, Hidalgo, México. Mediante un estudio correlacional, de tipo transversal, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios, participaron N=50 mujeres de 39 a 70 años de edad diagnosticadas con cáncer de mama, usuarias del Área de Oncología del Hospital General de Pachuca, Hidalgo. Para medir las variables se aplicó el *Inventario de Depresión de Beck* y el *Inventario de Ansiedad de Beck*. Los resultados obtenidos mostraron que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, además se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en algunos factores del Inventario de Ansiedad de Beck con la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck. Esta investigación es relevante, ya que los resultados se obtuvieron a partir de una muestra clínica, lo que permite profundizar sobre el papel que juegan la depresión y la ansiedad en el curso de esta enfermedad; además, propone estrategias de prevención e intervención con las mujeres que padecen cáncer de mama.

Palabras clave: Cáncer de mama, depresión, ansiedad, muestra clínica.

Abstract

Breast cancer is the main cause of death in women with cancer in the whole world. In Mexico, this disease ranks first in the incidence of malignant neoplasms and represents an alarming social health problem. Depression and anxiety are the most common psychosocial factors related to the deterioration and the decrease of the effectiveness of the treatments and contribute to the increased morbidity of the patients who suffer from it. In the basis of the above, the present research aimed to determine the relationship between the level of depression and the level of anxiety in women with breast cancer treated in Pachuca Hidalgo, Mexico. A non-probabilistic sample of volunteers was carried out through a cross-sectional study. N = 50 women from 39 to 70 years old diagnosed with breast cancer, users of the oncology area of the General Hospital of Pachuca de Soto, Hidalgo. To measure the variables, the *Beck Depression Inventory* and the *Beck Anxiety Inventory* were applied. The results showed that there is a significant correlation between the two variables, and statistically significant associations were found in some factors of the Beck Anxiety Inventory with the total score of the Beck Depression Inventory. The results showed that there is a statistically significant correlation between the two variables, and statistically significant associations were found in some factors of Beck's anxiety inventory with the total score of Beck's depression inventory. This research is relevant because the results were obtained from a clinical sample, which allows to deepen the role of depression and anxiety in the course of this disease; In addition, it proposes strategies of prevention and intervention with the patients of breast cancer.

Keywords: Breast cancer, depression, anxiety, clinical sample.

Introducción

El cáncer de mama es el más común que padecen las mujeres a nivel mundial con 1,7 millones de casos diagnosticados (World Cancer Research Fund International [WCRF], 2012) además, es la principal causa de muerte en las mujeres que presentan cáncer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). En México esta enfermedad crónico-degenerativa ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas con un 11.34 por ciento de los casos de cáncer, siendo el grupo más vulnerable las mujeres entre los 40 y los 59 años de edad; sin embargo como informó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) en el estado de Hidalgo durante el año 2012, el cáncer de mama fue la segunda causa de muerte entre mujeres con cáncer de 20 y más años, siendo aproximadamente 11.9 de cada 100 mil mujeres, reflejando una situación alarmante para las mujeres jóvenes hidalguenses.

Hasta el momento no hay como evitar el cáncer de mama; aunque algunos factores de riesgo de la enfermedad ya fueron descubiertos, y de esta forma se puede facilitar la detección precoz y contribuir para el rastreo de la patología en las primeras etapas de aparición (Carvalho de Matos, Pelloso, & Barros Carvalho, 2010).

En cuanto a los factores psicosociales la depresión y la ansiedad son los estados emocionales más comunes relacionados con la predisposición a desarrollar algún tipo de cáncer. En las mujeres que padecen cáncer de mama, estas variables generan gran cantidad de estrés y cuando es constante puede suprimir la actividad del sistema inmune y dejar a la persona en condiciones de mayor susceptibilidad frente a dicha enfermedad (Blanco 2010; Fink & Forero, 2011; LeShan, 2009).

Se han realizado diversos estudios que confirman la relación directa de la depresión y la ansiedad con el deterioro y la disminución en la efectividad de los tratamientos de cáncer de mama. También son desencadenantes de la poca adherencia al tratamiento, disminución de la calidad de vida, percepción negativa

de la imagen corporal, desarrollo de trastornos mentales, sentimientos de desesperanza, soledad y aislamiento, contribuyendo al aumento de la morbilidad en los pacientes que lo padecen (Kern & Moro, 2012; Robles, Morales, Jiménez, & Morales, 2009; Saleh, 2012).

Con el fin de contribuir en la implementación del modelo biopsicosocial de la Psicooncología (ciencia que concibe el cáncer como un proceso multifactorial e interdisciplinario, y recoge los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del paciente [Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013]), y ampliar la visión de los factores psicosociales presentes en los pacientes con cáncer de mama; la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Esta investigación está conformada por diferentes capítulos. El primero de ellos se centra en mencionar los distintos aspectos del cáncer en general y del cáncer de mama en particular, se describe la epidemiología, síntomas, diagnóstico, factores de riesgo, causas, consecuencias y tratamientos de dicha enfermedad.

En el segundo capítulo se expone la depresión: definición, teorías, sintomatología, tipos y criterios de detección, además de hacer referencia de estudios que demuestran su relación con el cáncer.

El tercer capítulo aborda el tema de la ansiedad: modelos explicativos, síntomas, tipos y estudios realizados donde se ha medido esta variable en relación con la depresión y el cáncer.

Por último se presenta el planteamiento del problema, método, resultados y conclusiones de esta investigación, así como algunas limitaciones y sugerencias para próximos proyectos que estudien esta temática.

Capítulo 1. Cáncer de mama

En este capítulo se menciona la definición del cáncer en general y del cáncer de mama en particular, así como la estadística de mortalidad e incidencia a nivel mundial, nacional y estatal, además se describen los principales síntomas, tipos de cáncer, factores de riesgo, causas, consecuencias y tratamientos de dicha enfermedad.

Definición

Salaverry (2013) en su artículo *La etimología del cáncer y su curioso curso histórico*, proporciona una visión histórica del concepto de cáncer, así como, el origen etimológico de la palabra, el cual se remonta a la colección de obras de Hipócrates *Corpus Hippocraticum*, donde se describen una serie de lesiones ulcerosas crónicas, las cuales aparecían algunas veces endurecidas, estas células tendían a desarrollarse de una manera progresiva y sin control expandiéndose por los tejidos y se asemejaban a las patas de un cangrejo (*καρκίνος* en griego), y traducido al latín como “cáncer”.

Tomando en cuenta una visión más reciente se puede señalar, que el cáncer es el crecimiento descontrolado de las células en alguna parte del cuerpo, este crecimiento se da de manera diferente al crecimiento normal de las células del cuerpo, en lugar de morir como sucede con las células normales, las células cancerígenas siguen creciendo hasta que invaden el tejido e incluso pueden propagarse a otros tejidos (American Cancer Society, 2013).

Las células cancerígenas también tienen la característica de no poder permanecer unidas entre sí debido a que su membrana carece de puntos de adherencia, esto favorece su tendencia a invadir los tejidos vecinos. Además, poseen la capacidad para desplazarse entre las demás células y, al mismo tiempo, segregan enzimas y fermentos que destruyen la sustancia colágena del tejido conjuntivo que sirve de soporte a los tejidos (Montalvo, 2010).

Cáncer de mama

En México, la Secretaría de Salud (2009) señala que el cáncer de seno (o cáncer de mama) es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio que se forman en los tejidos de la mama, y que puede ser en los conductos o lobulillos mamarios.

Otra definición proporcionada por el Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Mamario (2013), señala que el cáncer de mama es una enfermedad maligna del sistema mamario en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forma un tumor que invade los tejidos vecinos.

Una de las maneras más comunes de aparición de este cáncer es mediante un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno se forma por un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) hacia áreas distantes del cuerpo (American Cancer Society, 2014).

Síntomas

De acuerdo con Arce, Lara, Alvarado, Castañeda y Zinder (2010) las manifestaciones clínicas son variables y oscilan desde la enfermedad subclínica (sólo detectable por medio de estudios de imagen) hasta la patología observable y palpable, como en el carcinoma inflamatorio. El diagnóstico suele establecerse mediante un interrogatorio exhaustivo acerca de los antecedentes y hábitos del paciente, un examen físico minucioso, los estudios de imagen y una biopsia de la lesión.

Tomando como base la literatura médica, autores como Sanfilippo y Moreno (2008) señalan que la alteración clínica que frecuentemente lleva al diagnóstico del cáncer mamario es la aparición de un nódulo palpable en la mama. Al respecto, existen cuatro tipos de nódulos: tumores benignos, quistes, nódulos fibroquísticos o funcionales y el cáncer de mama. La presentación de este cáncer suele darse en forma de una masa dominante, solitaria y sin otros síntomas claramente observables. Deben distinguirse las masas benignas de las malignas

mediante tres criterios: 1) Refiere a la existencia de síntomas; el cáncer de mama tiende a presentarse de manera asintomática y no dolorosa; 2) Se debe considerar la edad, ya que el cáncer de mama es sumamente raro antes de los 30 años, de modo que un nódulo no doloroso en una mujer adolescente difícilmente correspondería a cáncer; 3) La expansión del nódulo hacia el tejido mamario adyacente.

En México, González y colaboradores (2013) también apuntan al cáncer de mama como una enfermedad que abarca un espectro de trastornos benignos y malignos, así la mayoría de las mujeres que acuden a unidades de medicina por este problema refieren dolor, secreción del pezón y masas palpables.

En este sentido investigaciones como las realizadas por Withaker, Scott, Winstanley, Macleod y Wardle (2014) mencionan que los informes de los pacientes con cáncer evidencian, en muchos casos, no haber reconocido la gravedad de sus primeros síntomas, o que los atribuyeron a causas distintas a esta enfermedad y por lo tanto no buscaron ayuda.

De acuerdo con González y colaboradores (2013) cerca de un 80 por ciento de los cánceres mamarios son diagnosticados después de la aparición de síntomas visibles, y cerca de un 75 por ciento se descubren tras la presencia de tumoraciones palpables, esto ocurre en la etapa 3 (cuando hay tumores más grandes en la mama o hay enfermedad voluminosa en la axila) o etapa 4 (cuando ya hay siembras o metástasis en sitios fuera de la mama). Aunque menos frecuentes también se suelen encontrar otros síntomas como secreción por el pezón, así como erosión o ulceración del mismo. También puede presentarse eritema en la mama, asociado no al tamaño de esta. Algunos otros síntomas visibles apuntan a una coloración naranja, que consiste en un edema de la piel producto de la infiltración de los linfáticos dérmicos por parte de células neoplásicas, otro síntoma es la presciencia de adenopatías axilares.

Como señalan Sanfilippo y Moreno (2008) existen cuadros relacionados con cáncer como la enfermedad de Paget. La evolución natural del carcinoma de

Paget se da en cinco etapas que se caracterizan en primer lugar por el enrojecimiento o aspereza del epitelio del pezón, erosión de la epidermis de pezón, posteriormente se observa el mismo enrojecimiento o aspereza del epitelio del pezón más uno o varios tumores de mama, erosión de la epidermis del pezón vinculado con tumor mamario, y finalmente tumor de mama sin enrojecimiento, ni erosión de la piel, pero con hallazgo microscópico de células malignas originadas en los conductos terminales mamaros producto de una degeneración de células epiteliales denominadas células de Paget.

Como se mencionó, el diagnóstico se establece mediante un interrogatorio exhaustivo, así como un examen físico minucioso, los estudios de imagenología y una biopsia de la lesión. Generalmente se presenta como un tumor palpable y alrededor de un 30 por ciento de los casos hay presencia de adenopatías metastásicas palpables (Breastcancer.org, 2016).

De acuerdo con el Protocolo de cáncer de mama del Hospital Universitario Romón y Cajal (2013) deben tomarse como componentes de la evaluación clínica en el cáncer de mama diversos indicadores tales como la masa en la mama (tamaño, localización, consistencia, fijación a la piel, pared del tórax y músculo pectoral), cambios en la piel (si existe presencia de eritema, edema, umbilicación entre otros). Cambios en el pezón tales como retracción, cambio de color, secreción y erosión, así como la presencia de ganglios, ya sean axilares, infraclaviculares o supraclaviculares.

Sin embargo, en un estudio reciente Renganathan y colaboradores (2014) apuntan al cáncer de mama como una enfermedad progresiva que en una etapa temprana, tiene una alta probabilidad de detección de los tumores pequeños, y aumenta el pronóstico favorable respecto al tratamiento.

Tipos

Los diferentes tipos de cáncer de mama se clasifican dependiendo de qué células de la mama se vuelven cancerosas, el Instituto de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2013) señala los principales tipos:

Carcinoma ductal

Es el cáncer de mama más común. Se origina en las células que recubren los conductos mamarios, conocidos también como epitelio de los conductos mamarios (Guzmán-Santos et al., 2012).

- Carcinoma ductal in situ. Las células cancerosas anormales no se han extendido a otros tejidos de la mama. Se encuentran únicamente en el epitelio de los conductos mamarios.
- Carcinoma ductal infiltrante. Las células cancerosas anormales salen de los conductos para invadir otros tejidos mamarios. Estas células invasoras también pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

Carcinoma lobulillar

En este tipo de cáncer de mama, las células cancerosas se originan en los lóbulos o lobulillos mamarios. Los lobulillos son las glándulas que producen la leche (Instituto Nacional de Cáncer, 2016).

- Carcinoma lobulillar in situ. Las células cancerosas se encuentran únicamente en los lóbulos de la mama. El carcinoma lobulillar in situ no suele diseminarse a otros tejidos.
- Carcinoma lobulillar infiltrante. Las células cancerosas que se originaron en los lobulillos de la mama se diseminan a otros tejidos mamarios cercanos. Estas células invasoras también pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

Existen otros tipos de cáncer de mama que aunque son menos comunes es imprescindible darles tratamiento médico y no restarles importancia, la American Cancer Society, (2014) señala los siguientes tipos:

Cáncer inflamatorio de seno (Inflammatory Breast Cancer, IBC):

Este tipo de cáncer hace que la piel del seno luzca rojiza y se sienta acalorada. También puede causar un aspecto grueso en la piel del seno con hoyuelos similar a la cáscara de una naranja. Los médicos saben ahora que estos

cambios no son causados por una inflamación o infección, sino por el bloqueo que producen las células cancerosas en los vasos linfáticos de la piel. El seno afectado puede volverse más grande, firme, sensible, o puede presentar picazón (Monge, Durán, Gamboa & Herrera, 2013).

Enfermedad de Paget del pezón:

Comienza en los conductos del seno y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola. Es un tipo poco común y representa sólo alrededor de un por ciento de todos los casos del cáncer de seno. La piel del pezón y de la areola con frecuencia se presenta con costras, escamas y enrojecida, con áreas de sangrado o supuración. Es posible que se experimente ardor o picazón (Sanfilippo & Moreno, 2008).

Tumor Filoides:

Este tipo de tumor de seno es poco común y se forma en el estroma (tejido conectivo) del seno. Los tumores filoides benignos se tratan extirpando el tumor y un borde de tejido normal del seno. Un tumor filoides maligno se trata extirpándolo junto con un borde más amplio de tejido normal, o mediante una mastectomía. La cirugía a menudo es todo el tratamiento necesario, pero podría ser que estos cánceres no respondan tan bien a los otros tratamientos usados para los cánceres de seno más comunes (Ibáñez et al, 2010).

Angiosarcoma:

Esta forma de cáncer se origina en las células que cubren los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. En raras ocasiones, este cáncer se origina en los senos. Cuando ocurre, por lo general es una complicación de tratamientos previos de radiación. Ésta es una complicación de la radioterapia dirigida al seno que se presenta en muy raras ocasiones y que se puede desarrollar en alrededor de 5 a 10 años después de la radiación. El angiosarcoma también puede ocurrir en los brazos de las mujeres que padecen linfedema, afección que se presenta como resultado de una cirugía de los ganglios linfáticos o radioterapia para tratar el cáncer de seno (Instituto Nacional de Cáncer, 2014).

Epidemiología

El cáncer es un padecimiento que se presenta a nivel mundial sin discriminar raza, edad, sexo o condición social (Boehringer Ingelheim, 2014); es importante conocer la situación actual a nivel mundial, nacional y estatal para detectar a las poblaciones que son más susceptibles de padecer esta enfermedad crónico-degenerativa.

Mundial

La *World Cancer Research Fund International* (WCRF, 2012) señala que el cáncer de mama es el más común en las mujeres en todo el mundo, hubo cerca de 1.7 millones de nuevos casos diagnosticados tan solo en 2012, el segundo cáncer más común entre todos los tipos, lo que representa aproximadamente el 12 por ciento de todos los casos nuevos de cáncer y 25 por ciento de todos los cánceres en las mujeres lo que se traduce en 1.7 millones de casos diagnosticados a nivel mundial.

Según los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres que presentan cáncer. Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80 por ciento o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60 por ciento aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40 por ciento en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008).

Nacional

En México de acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2017) en el año 2014, se registraron 11,372 casos nuevos de cáncer de mama con una tasa de incidencia de 22.56 por 100,000 habitantes mayores de 10 años. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, en el año 2015 se registraron 6,252 defunciones en mujeres con cancer de mama. La

edad promedio de presentación de los casos de cáncer de mama es de 54.9 años, la incidencia más alta en el número de casos se registra en el grupo de 50 a 59 años con el 45% de todos los casos.

Estatal

La Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH, 2017), menciona que en el año 2014 se realizaron 23 mil 6 exploraciones al grupo de edad que comprende de 25 a 39 años y se efectuaron 11 mil 284 mastografías a personas de 40 a 69 años, de las cuales se detectaron 171 casos de mujeres con un tumor maligno. Durante el 2015, se diagnosticaron 56 casos de cáncer mamario, donde destacan los municipios de Tula de Allende con 12 casos, Pachuca con 9, Tepeapulco 5, y con 4 casos cada uno Tizayuca y Tulancingo.

Por si fuera poco los en el año 2013 se registró 101 defunciones de mujeres con cáncer de mama, obteniendo una tasa de incidencia del 12.3 por ciento. Así mismo, la SSH (2017) calcula que anualmente se contabilizan un promedio de 4 mil 94 casos de mujeres hidalguenses con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama en un rango de edad de 40 a 69 años, de los cuales 32 se confirman con tumor maligno.

Detección del Cáncer de mama

Autoexploración mamaria

La autoexploración mamaria consiste en observar y palpar las mamas para detectar la aparición de alguna alteración en los pechos. Se recomienda que la exploración sea periódica, al menos una vez al mes, es mejor si se realiza siete días después de haber terminado el periodo menstrual (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, 2014).

A continuación se presentan los pasos a seguir para hacer una correcta autoexploración de mama proporcionada por Breastcancer.org (2016):

1. Delante de un espejo lo suficientemente grande para ver ambas mamas claramente, con los brazos a los lados del cuerpo, observar las mamas:

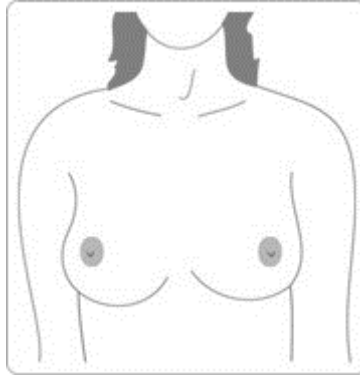


Figura 1. Frente al espejo.

Fuente: Grup Manchón, 2016

- Comprobar que no haya cambiado su forma y tamaño
- La piel debe ser lisa, sin pliegues ni zonas rugosas
- El borde inferior debe tener un contorno regular

2. Seguir delante del espejo, con los brazos en alto:

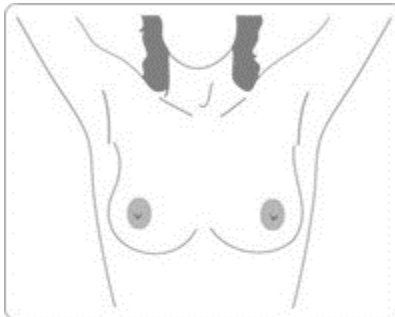


Figura 2. Brazos en alto.

Fuente: Grup Manchón, 2016

- Comparar una mama con la otra
- Comprobar si existe alguna diferencia entre ambas axilas

3. Se continua delante del espejo, con los brazos en horizontal y juntando las manos a la altura del cuello:



*Figura 3.*Brazos en horizontal.

Fuente: Grup Machón, 2016

- Hacer fuerza hacia fuera
- Debe sentirse que los músculos del tórax se contraen
- Comprobar cualquier alteración en la forma o contorno de las mamas.

4. Seguir delante del espejo, con los brazos en alto y de perfil:

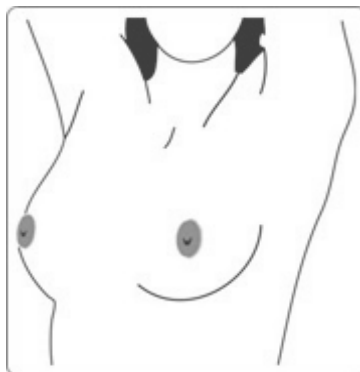


Figura 4. De perfil.

Fuente: Grup Manchón, 2016

- Comparar la forma de ambas mamas

5. Último paso delante del espejo, con los brazos a los lados y observar de cerca los pezones y areolas:

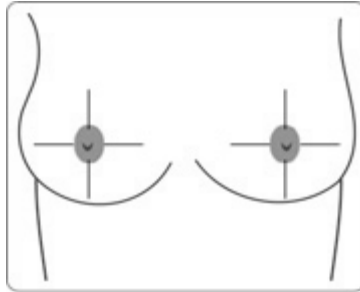


Figura 5. Brazos a los lados.

Fuente: Grup Manchón, 2016

- Comprobar cambios en su forma o tamaño
- Comprobar la existencia de costras, pliegues o heridas
- Comprobar si hay secreción de líquido

La palpación continúa con una posición recostada en la cama. Para los siguientes pasos se debe dividir imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes con una cruz que tenga como centro el pezón.

6. Mama izquierda. Acostarse en una cama con un cojín debajo del hombro izquierdo y con la mano izquierda en la nuca:



Figura 6. Mama izquierda.

Fuente: Grup Manchón, 2016

- Palpar los cuatro cuadrantes con la mano derecha plana y los dedos estirados, presionando lentamente la mama hacia las costillas.
- Comprobar también la zona entre la parte superior de la mama y la clavícula y hasta el hombro
- Palpar en áreas pequeñas y superpuestas de un tamaño similar a una moneda de 50 centavos
- Para asegurarse de cubrir toda la mama es mejor seguir un patrón, líneas, círculos, etc.
- Buscar cualquier bulto, masa extraña o cambio de consistencia debajo de la piel

7. Mama derecha. Repetir lo anterior palpando con la mano izquierda

8. Axilas. Explorar ambas axilas buscando cualquier bulto o masa extraña

La Secretaría de Salud (2015) define una serie de recomendaciones para realizar la autoexploración mamaria:

- La exploración de la mama debe hacerse desde la axila, ya que en algunos casos la aparición de un tumor se origina ahí y luego en movimientos del pezón hacia el exterior.
- Se deben utilizar las yemas de los tres dedos medios, haciendo movimientos en espiral partiendo del pezón hacia el exterior. Luego movimientos en zig-zag de arriba hacia abajo por toda la mama.
- Se debe apretar suavemente con las yemas de los dedos el pezón para ver si hay la salida anormal de algún líquido.
- En caso de notar alteraciones, inflamaciones, enrojecimientos, formación de bolitas internas o secreción del pezón, es importante consultar de inmediato al médico.

La autoexploración de senos puede ser una buena forma de detectar el cáncer de mama en un estadio temprano. No todos los casos de cáncer pueden detectarse de esta forma, pero es un paso importante que se puede implementar por cuenta propia. Esto es de gran importancia dado que alrededor del 20 por ciento de los casos de cáncer de mama se detectan durante una exploración física y no con una mamografía (Grup Manchón, 2016).

Mamografía o mastografía

De acuerdo con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2013), el cáncer de mama puede ser detectado antes de que aparezca algún síntoma físico. La mamografía permite detectar lesiones en la mama incluso dos años antes de ser palpables y cuando aún no han invadido en profundidad ni se han desplazado a los ganglios o cualquier otro órgano.

El Instituto Nacional del Cáncer (2014) señala que la mamografía es una radiografía (técnica diagnóstica radiológica de forma digital) del seno. Ésta es la mamografía selectiva de detección. Para poder determinar una mamografía de detección se requieren dos radiografías o imágenes de cada seno. Los beneficios de estas técnicas hacen posible que se detecten tumores que no se pueden palpar. Si el tumor es detectado en esta etapa se dan tratamientos poco agresivos que ayuda a dejar menos secuelas tanto físicas como psicológicas.

Existen otros métodos para diagnosticar el cáncer de mama, de acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2013) se puede encontrar los siguientes:

Ultrasonido mamario. Es una máquina que utiliza ondas sonoras para sacar fotos muy detalladas (llamadas ecografías) del interior de la mama.

Imágenes por resonancia magnética. Es un tipo de exploración que utiliza un imán conectado a una computadora y que toma fotos detalladas del interior de la mama.

Biopsia. Con esta prueba se extrae una muestra de tejido o de líquido de la mama para examinarla con un microscopio y realizar más análisis. Existen distintos tipos de biopsias (por ejemplo, aspiración con aguja fina, biopsia con aguja gruesa o biopsia abierta).

La *American Society of Clinical Oncology* (ASCO, 2014) señala que el médico debe considerar los siguientes factores al elegir una prueba de diagnóstico:

- Edad y afección médica
- Tipo de cáncer que se sospecha
- Signos y síntomas
- Resultados de pruebas anteriores

Cuando la mujer o su médico detectan alguna anomalía en el seno o sus alrededores ya sea un pequeño bulto o nódulo, se inician la aplicación de pruebas o exámenes necesarios para detectar un posible cáncer de mama. Es menos frecuente que se detecten nódulos debajo del brazo, una mama enrojecida o hinchada. Sin embargo, estos también son signos de alguna anomalía y requieren revisión médica inmediata. Por eso es importante realizar autoexploraciones (ASCO, 2014).

Factores de riesgo

Hasta el momento no hay como evitar el cáncer de mama; aunque algunos factores de riesgo de la enfermedad ya fueron descubiertos, y de esta forma se puede facilitar la detección precoz y contribuir para el rastreo de la patología en las primeras etapas de aparición (Carvalho de Matos, Pelloso, & Barros Carvalho, 2010).

Biológicos

La incidencia del cáncer de mama se ha incrementado en las últimas décadas por diversos factores, como son los cambios en los niveles de actividad física, alimentación, la edad del primer parto y la exposición a hormonas

endógenas y exógenas, como los tratamientos anticonceptivos hormonales entre otros. Así, los factores de riesgo más conocidos son los hormonales, genéticos y ambientales (Romero, Santillán, Olvera, Morales, & Ramírez, 2008).

De cada cien pacientes que padecen cáncer de mama noventa y nueve son mujeres y uno es hombre, por tanto, el principal factor de riesgo es el sexo, debido a que es un padecimiento que afecta a mujeres y hombres de forma asimétrica (Tinoco, 2012). Es una neoplasia casi exclusiva de las mujeres y a los hombres se les atribuye tan sólo 0.8 a 1.0 por ciento de los casos (Angarita & Acuña, 2008).

La edad también tiene una relación significativa en el desarrollo de cáncer de mama. Se ha comprobado que el riesgo para desarrollar cáncer de mama se incrementa con la edad a partir de la cuarta década de la vida (Torres-Arreola & Vladislavovna, 2007). En México suele manifestarse a partir de los 20 años y su frecuencia se incrementa hasta alcanzar los 40 y 54 años (Romero et al., 2008).

La predisposición genética también funge como factor de riesgo ya que aunque la mayoría de los cánceres de mama son esporádicos, los avances de la genética han demostrado la base hereditaria para un subgrupo de formas de cáncer (Narod & Rodríguez, 2011).

De acuerdo con Lugones y Ramírez (2009) las mujeres cuyas familias poseen mutaciones en estos genes tienen un riesgo mayor de desarrollarlo, aunque no todas las personas que heredan mutaciones en estos genes lo desarrollarán. Dos genes, el BRCA1 y el BRCA2, han sido relacionados con una forma familiar rara de cáncer de mama. Conjuntamente con el síndrome *Li-Fraumeni* (mutación del p53), estas aberraciones genéticas determinarían aproximadamente el 5 por ciento de todos los casos, sugiriendo que el resto es esporádico. Recientemente se ha encontrado que un gen llamado BARD1, cuando está combinado con el gen BRCA2, incrementa el riesgo de cáncer hasta en un 80 por ciento.

Según el *National Institutes of Health* (NIH, 2015) el cáncer es una enfermedad genética, es decir, es causado por ciertos cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, especialmente la forma como crecen y se dividen. Estos cambios incluyen las mutaciones en el ADN, el cual compone nuestros genes.

A continuación, se menciona los tipos de cambios de genes que predisponen a padecer algún tipo de cáncer (NIH 2015):

- Cambios en la línea germinal: este tipo de cambios se encuentran en cada una de las células de la descendencia, están presentes en las células reproductoras del cuerpo, óvulos y espermatozoides, de los padres.
- Cambios genéticos durante la vida de una persona: pueden presentarse como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por exposición a sustancias que dañan el ADN, como ciertas sustancias químicas en el humo de tabaco, o por exposición a la radiación, como la proveniente de los rayos ultravioleta del sol.
- Cambios genéticos somáticos o adquiridos: ocurren después de la concepción y pueden presentarse en cualquier momento de la vida de una persona. La cantidad de células del cuerpo que son portadoras de esos cambios depende de cuándo ocurrieron esos cambios.

Aunque las células cancerosas tienen más cambios genéticos que las células normales el cáncer de cada persona tiene una combinación única de alteraciones genéticas e incluso dentro de cada tumor las células cancerosas pueden tener cambios genéticos diferentes (Narod & Rodríguez, 2011).

En cuanto a los factores endócrinos que se han ligado al desarrollo del cáncer son: la duración de la vida menstrual de la mujer, en especial la menarca, que es el inicio de la menstruación antes de los doce años, el inicio temprano de la menopausia, la nuliparidad y el tener un hijo después de los 30 años de edad (Gómez et al., 2008).

Las mujeres que optan por no tener hijos tienen un riesgo aumentado de cáncer de mama respecto a las que sí los tienen. De igual modo las mujeres con múltiples embarazos tienen un riesgo reducido de cáncer de mama. También se ha estudiado que embarazarse a edad tardía incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Esto posiblemente se deba a que, durante el embarazo, las células de la glándula mamaria se diferencian completamente (American Cancer Society, 2014).

Las conductas alimentarias pueden influenciar en el riesgo a contraer distintos tipos de cáncer como el de mama, ya que una dieta alta en calorías, grasas (particularmente saturadas), abundantes carnes y la presencia de obesidad representan factores de riesgo (AECC, 2011).

Otra conducta que predispone al desarrollo de cáncer es la falta de actividad física; asimismo, en el estudio de Carrillo, Rojas, López y Valdéz (2008) se concluyó que entre los factores de riesgo para el cáncer de mama que estuvieron presentes con mayor frecuencia son: la historia familiar de cáncer de mama, menarca temprana, ausencia de lactancia y ausencia de ejercicio, siendo esta última la única variable prevenible al tratarse de una conducta.

Algunos autores como Qian y colaboradores (2014) han considerado el consumo de alcohol como un factor de riesgo para el cáncer de mama, de este modo se han estudiado patrones de consumo de alcohol, como el tiempo que se lleva consumiendo o la edad cuando se comenzó beber y su relación con el riesgo de cáncer de mama.

Por otra parte, Janusewski y Stebbing (2013) señalaron que existen otros factores de riesgo para padecer cáncer como lo son los factores étnicos. Por ejemplo, se sabe que las mujeres negras tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticadas con tumores malignos relacionados al cáncer de mama debido a que tienen una mayor presencia de hormonas HRAS1 que se relacionan con la producción de estrógenos que a su vez permiten el crecimiento de tumores malignos

Psicológicos

Los factores psicológicos asociados al cáncer cobran una importancia relevante. Las diferentes investigaciones psicosociales han mostrado hallazgos contundentes con respecto a la mediación de variables psicológicas sobre la evolución de la enfermedad, con mayor fuerza para los casos en los cuales se trata de tipos de cáncer hormonodependientes (Kern & Moro, 2012).

Como causas psicológicas en el origen del cáncer de mama, se ha encontrado que ciertos estados emocionales como la depresión, pueden ser precursores del cáncer en general y del cáncer de mama en forma específica. Asimismo, se han considerado otros aspectos relacionados con la etiología, como el aislamiento social, la contención emocional y el bajo soporte social (Marnet, 2014).

En la investigación de Stafford y colaboradores (2015) mencionan al estrés como un supresor en la función inmunológica, un posible papel del sistema inmunológico en la defensa contra enfermedades como el cáncer es la capacidad de reconocer células anormales, en este caso las células neoplásicas que se desarrollan y proliferan en el organismo. Así el estrés modifica la dinámica neuroendocrina del organismo y, por tanto, puede llegar a afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo. De este modo, dada relación entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, la existencia de inhibiciones o perturbaciones en cualquiera de estos procesos podría incrementar la proliferación de células cancerosas.

En la investigación realizada por Sirera, Sánchez y Camps en 2006 se señala que las citocinas, junto con la migración de células y mediadores inflamatorios que se producen en situaciones de estrés pueden activar el ciclo celular y por tanto favorecer la multiplicación de las células tumorales, por ende los cambios inmunológicos producidos por el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar el desarrollo de los tumores e incluso la aparición de las metástasis en supervivientes del cáncer.

Uno de los primeros estudios representativos fue el realizado por LeShan (1956 como se citó en Tescari, 2012) con una muestra de N= 450 enfermos de cáncer encontró que el 72 por ciento de ellos una historia emocional muy parecida:

1. Sensación de soledad y aislamiento durante la niñez y adolescencia junto a dificultades de relaciones emocionales intensas.
2. Desarrollo posterior de una relación emocional muy significativa que proporciona sensación de aceptación y plenitud.
3. Pérdida por muerte o separación de esta relación, que sigue de profundos sentimientos de desesperación y pérdida de sentido vital.

Después de estudiar un gran número de pacientes enfermos con linfomas y leucemias, Orjuela, Pimás, Culebras, y Davidoch (2005) descubrieron que después de una pérdida importante, altamente valorada por el paciente, ocurre con frecuencia la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.

Además de la evidencia biológica, cabe mencionar que las personas que se encuentran sometidas a situaciones de estrés psicológico constante suelen mostrar hábitos poco saludables en su estilo de vida como la falta de sueño, mala nutrición, poco ejercicio, mayor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Sirera et al., 2006), conductas ya mencionadas como factores predictores al cáncer, y otro tipo de enfermedades.

Los estados emocionales más comunes en el desencadenamiento del cáncer son: depresión y ansiedad, estos generan gran cantidad de estrés y cuando es constante puede suprimir la actividad del sistema inmune y dejar a la persona en condiciones de mayor susceptibilidad frente a infecciones y enfermedades, incluyendo el desarrollo de cierto tipo de tumores. Mantener una actitud positiva frente a la vida podría ayudar entonces a prevenir el desarrollo y evolución del cáncer (Hernández & Landero, 2014).

Por si fuera poco el estrés psicológico provoca el desencadenamiento y evolución de trastornos depresivos; además se ha demostrado que la depresión

tiene un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al del estrés, y por ende también puede influir en la reducción del sistema inmunitario y hacer más propensa a la persona de padecer cáncer (Sirera et al., 2006).

La mayoría de los pacientes con cáncer son depresivos y muchos de ellos reportan dichos estados generalmente posteriores a la muerte de un ser querido, mucho tiempo antes de que se les halla diagnosticado la enfermedad (Acinas, 2014).

Diversos estudios (Acinas, 2014; Aguilar et al., 2015; Hernández & Landero, 2014) sustentan la predisposición del cáncer con la depresión; LeShan (2009) postula que la soledad brutal, pasar por un shock emocional violento como la muerte del cónyuge o la partida de los hijos, y/o estar inmerso en un estado anímico de desesperanza, pueden intervenir de manera significativa en la aparición de cáncer, ya que se observa que la tasa de mortalidad por cáncer es más elevada entre las viudas, y va de decreciendo en el caso de mujeres divorciadas, casadas y solteras.

Ante un diagnóstico positivo de cáncer, se presentan diferentes conductas y reacciones emocionales que experimenta la paciente y que influyen de manera significativa en la evolución del tratamiento; González (2015) identifica tres fases de respuesta y adaptación al cáncer:

-Fase I. Se caracteriza por la negación y resistencia a creer que el diagnóstico es cierto, lo acompaña un sentimiento de “anestesia” emocional, existe incredulidad.

-Fase II. Existe un periodo de confusión, agitación emocional y disforia, la realidad de su situación se asimila lentamente, se anticipa la sensación de dolor y muerte, aparecen síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito están presentes.

-Fase III. Es la adaptación a largo plazo, reaparece el “optimismo” la persona pone en marcha mecanismos de afrontamiento, tales como la

recogida de información sobre su caso concreto y la reorganización de su estilo de vida.

No solo existen reacciones psicosociales diversas de acuerdo con las fases del tratamiento, Gómez y Reboreda (2014) mencionan las diversas respuestas emocionales ante los distintos tipos de tratamiento contra el cáncer:

- Respuesta emocional ante el diagnóstico:

En la mayoría de las mujeres existe una combinación de miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad, abandono y negación con diferente intensidad. En función de cómo sea capaz de afrontar la nueva situación, estos síntomas se resuelven en unos días o se estructuran en un proceso psicopatológico que puede llegar a requerir tratamiento.

- Respuesta emocional ante la quimioterapia:

Existe evidencia de que los agentes quimioterápicos pueden influir en el metabolismo de las aminas biógenas, que están directamente relacionados con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad mental. Por lo tanto, estos agentes pueden generar psicopatología por acción biológica directa, induciendo trastornos del estado de ánimo fundamentalmente.

Por otra parte, las repercusiones físicas de los tratamientos como la alopecia, decaimiento entre otros, produce una aproximación a la idea de no curabilidad, y se convierte en una fuente importante de ansiedad. Aunado a esto, existe evidencia de que a corto plazo se produce un aumento considerable de los problemas psicológicos, sociales y sexuales de las mujeres que recibían quimioterapia (De la Serna, 2014).

- Respuesta emocional ante el tratamiento radioterápico:

Dicho tratamiento ha demostrado incrementar los niveles de ansiedad en relación a los siguientes aspectos (Fuentes & Lacayo, 2009):

- Asociación inevitable con desastres naturales, lo que incrementa la sensación de gravedad de la enfermedad.
- Aproximación a la idea de no curabilidad.
- Temor a que “la máquina” no funcione correctamente y los posibles efectos indeseables.
- Preocupaciones por la administración, preparativos, con toda la carga de ansiedad que ello conlleva.

Sin embargo, los niveles de ansiedad vuelven a niveles normales a las dos semanas de finalizar el tratamiento.

- Respuesta emocional ante el tratamiento quirúrgico:

Puede suponer una fuente de angustia ya que los resultados obtenidos pueden confirmar la presencia de la enfermedad, el mal pronóstico, cirugía mutilante o disfunción sexual.

La percepción de la imagen corporal y el sentido de bienestar son superiores entre las pacientes tratadas con cirugías más conservadoras. Sin embargo, estos sentimientos positivos de sí mismas no se trasladan necesariamente a una mejor adaptación sexual (Medina & Alvarado, 2011).

Estilos de afrontamiento

El afrontamiento es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes que padecen cáncer (Font & Cardoso, 2009).

Para Lazarus y Folkman (1985) el afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona. Conceptualmente se diferencian dos tipos de afrontamiento:

- Afrontamiento centrado en el problema. Es el intento de cambiar la situación, e incluye estrategias cognitivas como comparaciones optimistas, aceptación de la responsabilidad, o conductuales como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, y planificación en la solución de problemas.
- Afrontamiento centrado en la emoción. Implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, el escape-evitación fundamentalmente en la negación cognitiva y/o la retirada de conducta del problema.

Como mencionan Font y Cardoso (2009) si se combina el nivel o tipo de afrontamiento (cognitivo, conductual) y la morfología, enfocada en el problema o la evitación, se obtienen cuatro categorías básicas de afrontamiento:

- a) Enfoque cognitivo centrado al problema. Utiliza estrategias tales como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, el análisis lógico, la búsqueda de significado y/o la reevaluación positiva.
- b) Enfoque conductual centrado al problema. La búsqueda de información, orientación y apoyo, tomar medidas concretas para tratar directamente con una situación.
- c) Evitación cognitiva. Se caracteriza por usar estrategias que reflejan la negación y/o la aceptación resignada de la situación.
- d) Evitación de conducta. No hacer nada para solucionar el problema, utilizar sólo estrategias de descarga emocional, o buscar recompensas alternativas a la situación.

En la situación de cáncer el paciente se enfrenta a tal variedad de tareas que requerirán una combinación o secuencia de estrategias de afrontamiento

dependiendo de las demandas de la situación y el transcurso de la enfermedad (Karayurt et al., 2013).

Diversas investigaciones respaldan la importancia de conocer los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer, un estudio realizado por Stanton y colaboradores (2002, como se citó en García-Viniegras & Gonzáles, 2007) identificaron el afrontamiento de aceptación activa, caracterizado por que la mujer se compromete a su autocuidado y otras metas significativas de su vida, esto evidencia un mejor ajuste psicológico del cáncer a largo plazo.

En el estudio realizado por Schnoll (2002), el afrontamiento centrado en la negación- evitación de problema, se acompaña por bajos niveles de bienestar.

Se encontraron resultados similares en Del Mar Gonzáles y colaboradores (2001 como se citó en García-Viniegras & Gonzáles, 2007), al comprobar que un uso más frecuente de estrategias de búsqueda de apoyo social, solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, se acompañan de menores niveles de ansiedad y depresión, lo anterior, a su vez, actúa como un factor protector contra el estrés en las mujeres con cáncer de mama.

En 2003, Llull, Zanier y García realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento aplicado a N= 79 pacientes con cáncer, se descubrió que los pacientes presentan más estrategias de aproximación que de evitación, y más centradas en el problema y la evaluación que en la emoción. De acuerdo con los autores, el cáncer es una enfermedad que implica un compromiso físico muy importante, y a nivel social conlleva muchas veces una connotación asociada a una situación “terminal”, es destacable que el recurso de afrontamiento más utilizado por los pacientes haya sido la “revalorización positiva”. También hallaron que las estrategias de evitación hacia el cáncer correlacionan negativamente con la percepción de la calidad de vida (CV) y predicen un alto porcentaje de su varianza.

Estos resultados coinciden con los estudios mencionados por Castaño & León del Barco (2010) donde se encontró que las estrategias de aceptación

estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias desfavorables en los pacientes, el fatalismo y la desesperanza se asoció a una disminución de la CV global, y las estrategias de resignación y catarsis (evitación cognitiva y conductual respectivamente) correlacionan con un mayor deterioro psicosocial.

De acuerdo con Font y Cardoso (2009) las estrategias de afrontamiento puestas en práctica por los pacientes crónicos cobran gran importancia en cuanto que podrían contribuir a la adaptación del paciente a la enfermedad o afectarla negativamente.

Sin embargo, García y Gonzáles (2007) señalan que varios autores coinciden que los sufrimientos psicológicos causados por el cáncer y las estrategias de afrontamiento al estrés dependerán de la edad, el entorno familiar y laboral y social, y de las características de personalidad con las que cuente el paciente.

Patrones de Conducta

A lo largo de diversas investigaciones se ha confirmado que ciertas conductas y experiencias pueden dañar el sistema inmune aumentando la vulnerabilidad de la persona a una variedad de desórdenes que van desde infecciones menores al cáncer (Porro, Andrés & Rodríguez-Espínola, 2012).

La observación clínica realizada por Osler en 1982 en pacientes con cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto al miocardio), y posteriormente por Friedman y Rosenman en 1959, inició la definición de un conjunto de actitudes y comportamientos que tienen una unidad funcional, y determinan el estilo de interacción del sujeto con su entorno, esta manera de ser recibió el nombre de “Patrón A de conducta”, y posteriormente, se definirían los patrones B y C (más adelante se ahonda en estos patrones) en relación con otras enfermedades, como el cáncer (Kern & Moro, 2012).

Existen tres tipos de patrones de conducta A, B y C desarrollados hasta el momento. Entendiéndose como rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica que reúne una persona (Sebastian, Manos, Bueno & Mateos, 2007).

Esta serie de variables psicológicas y comportamentales que constituyen una unidad funcional han sido objeto de exhaustiva investigación en las últimas décadas. El estudio de estos patrones de conducta ha abierto nuevos cauces de prevención e intervención terapéutica y ha demostrado el peso de las variables psicológicas en la codeterminación de las enfermedades médicas (Porro, Andrés, & Rodríguez-Espínola, 2012).

A continuación se describen los tres tipos de patrones de conducta poniendo especial interés en el Patrón de conducta tipo C y su relación con el cáncer.

Patrón de Conducta Tipo A (PCTA)

Los individuos con el PCTA tienden a reaccionar con la vía automática, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal; corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva.

Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia (Usuche, 2008).

Además, las personas que poseen un patrón de conducta tipo A tienen una respuesta automática al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. Tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo

otros factores de riesgo como obesidad, nicotínismo e hipertensión (Usuche, 2008).

Patrón de Conducta Tipo B (PCTB)

El PCTB, no parece asociado a ninguna enfermedad en particular. Se considera como “neutro” y presentan las siguientes características:

- a) Relajación
- b) Amistad
- c) Positividad
- d) Tranquilidad
- e) Plenitud temporal

Los sujetos con patrón de conducta tipo B son en general tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles, el estado emocional es agradable por reducción de la activación placentera (Hernández, 2011).

Patrón de Conducta Tipo C (PCTC)

Relacionado con un factor de riesgo neoplásico, el PCTC puede considerarse como la imagen especular del patrón A. Su presencia determina una mayor probabilidad de presentar enfermedades neoplásicas y un peor pronóstico en la evolución de algunos cánceres, en particular melanomas (Porro, Andrés, & Rodríguez-Espínola, 2012).

Existen datos que muestran la importancia de prestar especial interés en el patrón de personalidad tipo C con la predisposición al cáncer (Molina, Hernández, & Sarquis, 2009):

- a) Se ha reportado que en un 80 por ciento de los casos de cáncer, la aparición o el desarrollo de la enfermedad están determinados por una serie de estilos de vida o hábitos como el tabaquismo o la alimentación. El control de los hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables puede salvar muchas vidas.
- b) Los estudios en psiconeuroinmunología han revelado la influencia del estrés y las emociones en el pronóstico de la enfermedad, y a la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer.
- c) Las personas con mayor inhibición emocional negativa están más predisuestas a padecer un tipo de neoplasia.

El término de PCTC fue acuñado por primera vez por Morris y Greer en 1980 (como se citó en Amaya & Parra, 2010), para referirse a un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes.

Desde entonces diversos autores han contribuido con significativas investigaciones al respecto. Una de las aportaciones más relevantes es la de Temoshock (1984).

Según Temoshok (1985 como se citó en Amaya & Parra, 2010) este patrón de conducta se caracteriza por los siguientes rasgos de personalidad:

- 1- Estilo verbal pasivo, blando y cooperativo.
- 2- Actitud de resignación y sumisión.
- 3- Bloqueo o contención expresiva de las emociones.
- 4- No asertividad y supresión de las manifestaciones hostiles.

Los sujetos con PCTC son personas conformistas, sufrientes y preocupadas por los demás, dependen emocionalmente de la aceptación de los otros y acostumbran presentar de forma clínicamente enmascarada estados de ansiedad y depresión. Además, presentan una tendencia al autosacrificio y a evitar

los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con personas de su entorno.

Temoshok y colaboradores (1984) conceptualizaron el PCTC, descrito como cooperativo, con poca expresión de opiniones, con supresión de las emociones negativas, particularmente la rabia, que acepta o se subordina ante autoridades externas. En su estudio aplicado a N= 59 pacientes de dos clínicas de melanoma en San Francisco, hallaron una relación positiva entre el Tipo C de personalidad y el volumen de crecimiento tumoral de invasión en pacientes con melanoma, especialmente por debajo de los cincuenta y cinco años.

Después de este estudio se propuso un modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer; donde el foco de atención se centra en el tipo de respuestas que las personas emiten ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes (Temoshok, 1987 como se citó en Molina, Hernández & Sarquis, 2009):

Según Temoshok (1985 como se citó en Font & Cardoso, 2009) los tres factores psicológicos propuestos en la progresión del cáncer, bien individualmente o en combinación, son:

- 1) Estilo de afrontamiento Tipo C.
- 2) Expresión emocional.
- 3) Desamparo/desesperanza.

Los tres factores actúan, aunque en distintos momentos, tanto en la iniciación como progresión y recurrencia del cáncer. El PCTC se plantea tanto como resultado de una predisposición genética como de patrones de interacción familiar, de tal modo que la persona aprende a enfrentarse a las dificultades inevitables, estresores y posibles acontecimientos traumáticos, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos (Porro, Andrés, & Rodríguez-Espínola, 2012).

Temoshok (1985 como se citó en Castaño & León del Barco, 2010) mencionaba que el escenario adecuado para la activación de la enfermedad cancerosa se crea cuando se suprimen de las propias necesidades a favor de las de otras personas, lo que conlleva la eliminación de manifestaciones emocionales negativas.

Como señala Molina, Hernández y Sarquis (2009) la persona, puede comenzar a sentirse deprimida, pero en estos casos, la depresión no va ligada a un acontecimiento determinado, sino que es la sobrecarga acumulada de necesidades y sentimientos sin expresar. Donde no ha existido un estilo de afrontamiento adecuado, se ha comprobado que un bloqueo duradero de la expresión de las propias necesidades y sentimientos tiene consecuencias biológicas y psicológicas negativas en el sujeto. Además estas personas usan estilos de afrontamiento tipo escape evitación y aislamiento, lo cual empeora la adaptación a la enfermedad. Se postula que estos son los pacientes más susceptibles al progreso de la enfermedad; mientras que las personas que afrontan el cáncer con espíritu de lucha tienden a presentar un mejor pronóstico en la recuperación.

Patrón de Conducta Tipo C y su relación con el cáncer

Sebastian, Manos, Bueno y Mateos (2007) mencionan tres características del PCTC detectadas en diversos estudios de pacientes con cáncer:

- 1) Los pacientes presentan un amplio déficit en la expresión emocional, precisamente de emociones socialmente negativas (ira, agresividad, hostilidad, cólera, entre otras). Además de un bajo afecto negativo y de un alto afecto positivo.
- 2) Tienen mayor exposición al estrés: un número superior de eventos estresantes vitales ocurridos (vinculados a la pérdida de personas significativas), escaso apoyo social y utilizan particularmente, una

estrategia represiva de afrontamiento caracterizada por la supresión de necesidades y sentimientos negativos.

- 3) Por último, presentan reacciones de desamparo y desesperanza ante situaciones la enfermedad que pueden hacer más propensos a desarrollar sentimientos depresivos.

Este estilo comportamental también se ha relacionado con otras enfermedades crónicas; como mencionan Amaya y Parra (2010) existe una asociación entre la represión emocional y la salud (problemas cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinos, cáncer, dolor, asma). Algunos autores (Anarte et al., 2000; Molina et al., 2009; Sebastian et al., 2007) encuentran que la represión emocional es una característica de personalidad común en personas que padecen cáncer u otras enfermedades crónicas como la diabetes, por lo que consideran que tal vez el PCTC constituya un factor de vulnerabilidad que determine el padecimiento de dichas enfermedades.

Con el paso del tiempo, diversos autores realizaron estudios para esta línea de investigación (Molina et al., 2009; Sebastian et al., 2007). A continuación se mencionan las aportaciones más recientes del PCTC y su relación con la aparición de cáncer:

Como en el estudio realizado por Anarte y colaboradores (2000) aplicado a N=203 pacientes con enfermedades crónicas (103 diabéticos y 100 pacientes con cáncer), se pudo comprobar que el PCTC no es exclusivo de las personas con cáncer, ya que también se detectó este estilo de conducta en los pacientes diabéticos, concluyendo que el PCTC es multidimensional y puede estar presente en personas que padecen alguna enfermedad crónica.

En el estudio realizado por Sebastian y colaboradores (2007) se aplicaron las escalas de Racionalidad/Defensividad Emocional (R/ED) y de Necesidad de Armonía (N/H) a N= 504 mujeres antes de conocer su diagnóstico de las pruebas de cáncer de mama, posteriormente se compararon los grupos de patología

benigna, mamas normales y las casos confirmados de cáncer de mama. Los datos arrojaron que las pacientes con cáncer de mama obtuvieron puntuaciones más altas en ambas escalas, lo cual muestra que las mujeres con cáncer de mama inhiben la expresión de emociones negativas en sus relaciones interpersonales, utilizando la racionalización, y por ende son capaces de renunciar a sus propios deseos y necesidades con el fin de lograr relaciones armoniosas con su entorno.

En otro estudio realizado por Molina y colaboradores (2009) aplicado a N= 40 mujeres del estado de Veracruz (20 con cáncer de mama y 20 con cáncer cérvico uterino) se determinó, de acuerdo con el instrumento de evaluación "Autoinforme de personalidad tipo C", que el 100 por ciento de las mujeres presentaron este patrón de personalidad independientemente del tipo de cáncer.

Con base en las aportaciones de diversas investigaciones acerca del PCTC Green y Shellenberger (2000 como se citó en Labra & Sandoval, 2014) mencionan las características de personalidad de pacientes con cáncer:

- Estilo interpersonal: esfuerzo para parecer bueno y ser bueno, aceptar la autoridad, docilidad y lealtad.
- Temperamento: depresión, indefensión/desesperanza, fatiga.
- Estilo emocional: tranquilidad, supresión de emociones negativas.
- Estilo cognitivo: aceptación estoica, racional, leal a la realidad, pesimismo.
- Factores sociales: soledad, carencia de apoyo social, carencia de intimidad.

Como mencionan Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola (2012) ampliar las investigaciones de la relación entre patrones de conducta con el cáncer y otras enfermedades crónicas permitiría no sólo continuar con el desarrollo de teorías psicobiológicas de la personalidad, sino también aplicar los resultados en el mejoramiento de las condiciones y calidad tanto del paciente oncológico como de

aquellas personas con vulnerabilidad biológica o psicológica frente al desarrollo del cáncer.

Sociales

La importancia de la detección temprana del cáncer de mama reside en la evidencia médica que demuestra que si el cáncer se detecta en etapas iniciales es curable, el pronóstico es menos desfavorable, la tasa de supervivencia es mayor, los tratamientos son más accesibles y pueden administrarse con menos recursos (Wiesner, 2007).

La familia y la sociedad en general contribuyen a que se presenten cánceres similares entre sus miembros, el NIH (2015) señala que los cánceres no causados por mutaciones genéticas heredadas a veces pueden dar la impresión de que "vienen de familia", esto es debido a que los miembros de una familia comparten el mismo ambiente y/o estilo de vida, por ejemplo fumar regularmente.

También existen factores socioeconómicos relacionados con el cáncer. La AECC (2016) menciona que la mayoría de los carcinógenos químicos están relacionados con actividades industriales, por lo que gran parte de los cánceres producidos por estos agentes se dan en países desarrollados.

La ASCO (2014) señala que las mujeres más adineradas de todos los grupos raciales y étnicos tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de mama que las mujeres menos adineradas de los mismos grupos. Aunque se desconocen los motivos de esta diferencia, se considera que se debe a variaciones en la dieta, las exposiciones ambientales y otros factores de riesgo. En cambio, las mujeres que viven en la pobreza tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico en un estadio avanzado y menos probabilidades de sobrevivir a la enfermedad que las mujeres más adineradas. Esto se debe, probablemente, a múltiples factores, entre ellos, la solvencia económica de cada paciente.

En cuanto a México la incidencia de cáncer de mama, así como la supervivencia están claramente relacionadas con factores socioeconómicos,

lamentablemente los grupos de mujeres indígenas tienen menos acceso a los servicios de salud y educación sanitaria lo que las hace ser las más vulnerables; cabe mencionar que los factores de riesgo familiares y reproductivos se identificaron con menos proporción en mujeres indígenas (Sánchez-Domínguez & Paz-Morales, 2008).

Labra y Sandoval (2014) mencionan que la falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención.

Además de las barreras socioculturales, diversos estudios (Labra & Sandoval, 2014; Ornelas-Mejorada et al., 2011; Poblano Verastegui et al., 2004) describen que el trato por parte del personal de salud, particularmente de los médicos, refleja la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza para determinar el diagnóstico oportuno del cáncer de mama. Por su parte, las mujeres manifiestan tener pudor y miedo ante el médico, sobre todo para realizar la exploración de la mama y mamografía, lo anterior sumado a la desconfianza en los servicios de salud (Robles et al., 2009).

Un estudio realizado por Poblano-Verástegui, Figueroa-Perea y López-Carrillo (2004) determinó que los principales factores sociales que impiden la detección temprana del cáncer de mama en mujeres son: a) la creencia social que tienen las mujeres de anteponer la salud de los demás a la suya; b) comúnmente la decisión de asistir o no a una revisión ginecológica está influenciada por las personas que le rodean, por desgracia la mayoría de las veces dichas personas tienen experiencias negativas con el sistema de salud, causando que las mujeres al acudir al médico se predispongan a largos tiempos de espera, falta de información e incluso mala atención, maltrato y abuso por parte de los médicos, y debido a la cuestión económica o de seguro médico que les impide poder elegir al personal que las atienda, la mayoría prefiere evitar las visitas al médico; y c) las usuarias refirieron preferir la atención de una médica para realizar la exploración

mamaria ya que en muchas ocasiones los médicos varones no tienen el tacto ni el respeto para realizar este estudio. Para finalizar, se menciona que la existencia de aceptación, respeto y confianza dentro de la relación médico-paciente promueve que las mujeres acudan regularmente a revisión y se realicen los estudios pertinentes.

Consecuencias

Diversos estudios han detectado las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que surgen a partir de un tratamiento de cáncer de mama, su conocimiento puede contribuir de manera positiva en la proceso del tratamiento (American Cancer Society, 2011; Bandrés & Delgado, 2012; Ornelas-Mejorada et al., 2011).

Biológicas

De acuerdo con el *MC Anderson Cáncer Center* de Madrid España (2014) los efectos secundarios que pueden experimentar los pacientes con cáncer derivan de la propia enfermedad o de los tratamientos utilizados para combatirlo. Esta institución divide los efectos secundarios del cáncer de la siguiente manera:

Efectos secundarios a corto plazo: son los que se producen durante el tratamiento, entre los más frecuentes existen náuseas, caída del cabello, dolor, cansancio, y pérdida de peso. En general, estos efectos desaparecen una vez finalizado el tratamiento activo. El médico incluso puede recetar tratamiento para reducir al mínimo los efectos secundarios a corto plazo.

La *American Society of Clinical Oncology* (2015) describe algunos de estos efectos a corto plazo:

Pérdida de peso: es común en las personas con cáncer y suele ser el primer signo notorio de la enfermedad. El 40 por ciento de los pacientes con cáncer informan pérdida de peso sin motivo al momento del diagnóstico, y hasta el 80 por ciento de las personas con cáncer avanzado experimentan pérdida de peso y caquexia o emaciación, que es una combinación de pérdida de peso y pérdida de masa corporal. La pérdida de peso y la emaciación muscular con frecuencia

están asociadas con fatiga, debilidad, pérdida de energía e imposibilidad de realizar las tareas diarias.

Fatiga: es el efecto secundario más común del tratamiento del cáncer y, a menudo, continúa después del tratamiento. La fatiga puede ser consecuencia de los efectos del tratamiento o puede no tener una causa conocida.

Dolor crónico: El dolor experimentado por cáncer por lo regular se presenta durante un largo plazo y esto resulta ser extenuante, lo que le impide al paciente realizar sus actividades diarias.

Efectos secundarios a largo plazo: son los que aparecen durante el tratamiento y persisten una vez finalizado este, como esterilidad o pérdida de memoria. Algunos de ellos se describen a continuación:

Infertilidad: es no tener la capacidad de iniciar o conservar un embarazo. En el caso de las mujeres, significa que no pueden quedar embarazadas o que no pueden llevar el embarazo a término. En algunos casos, el cáncer y el tratamiento contra éste pueden dificultar mucho el proceso (o incluso eliminar esta opción). Existen maneras de preservar la fertilidad antes y durante el tratamiento. Sin embargo, después del tratamiento las opciones son a menudo más limitadas (American Cancer Society, 2015).

Problemas de memoria: depende de factores como el tipo de tratamiento, la edad y otros factores de salud. Los tratamientos del cáncer como la quimioterapia pueden causar dificultad para pensar, para concentrarse o recordar cosas. Lo mismo ocurre con algunos tipos de terapias biológicas y la radioterapia al cerebro. Algunas personas notan cambios muy pequeños como un poco más de dificultad para recordar las cosas, mientras que otras tienen problemas mucho más grandes de memoria o de concentración (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Los efectos secundarios retardados: son los síntomas que aparecen meses o años después del final del tratamiento, como insuficiencia cardíaca,

osteoporosis, problemas psicológicos y segundos cánceres. Algunos de estos descritos por la *American Society of Clinical Oncology* (2015) son:

Problemas cardíacos: en la mayoría de los casos, estos problemas son causados por la radioterapia en el pecho y/o la quimioterapia, especialmente si se utilizaron medicamentos como doxorubicina (Adriamycin) y ciclofosfamida (Cytoxan, Neosar). Las personas de 65 años de edad o más y los que recibieron dosis más altas de quimioterapia tienen un mayor riesgo de presentar problemas cardíacos que pueden incluir inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad cardíaca.

Osteoporosis: los supervivientes que recibieron quimioterapia, esteroides o terapia hormonal y que no realicen actividad física pueden desarrollar problemas en los huesos o dolor en las articulaciones.

Psicológicas

Si bien es cierto que existen beneficios médicos en los distintos tratamientos para combatir el cáncer de mama, los efectos secundarios que ocasiona desencadenan un deterioro emocional que afecta la calidad de vida de las pacientes (Hickok, Morrow, Roscoe, Mustian, & Okunieff, 2008; Knobf & Sun, 2009).

Los supervivientes del cáncer experimentan distintas reacciones emocionales después de concluir con el tratamiento médico, el *MD Anderson Center* de Madrid (2014) menciona algunas de estas consecuencias:

- **Temor a la recaída:** muchos de los supervivientes viven con la angustia de que el cáncer pueda reaparecer en cualquier momento, en algunos casos, un acontecimiento importante, como el aniversario del diagnóstico o el final del tratamiento con el oncólogo, puede desencadenar estos sentimientos (American Cancer Society, 2015).

- **Espiritualidad:** la vida después del cáncer cobra un nuevo sentido para muchos supervivientes, renuevan su compromiso con determinadas prácticas espirituales o una religión organizada. Las investigaciones indican que la espiritualidad mejora la calidad de vida gracias a una sólida red de apoyo social (Cancer.Net, 2016).
- **Culpa:** algunas personas se sienten culpables por sobrevivir al cáncer cuando otras no lo consiguen. Quizá se pregunten “¿por qué yo?” o vuelvan a evaluar sus metas y sus ambiciones en la vida.
- **Enfado:** es un sentimiento que puede presentarse en varios niveles, desde una frustración o irritación leve hasta la rabia o furia. Puede sentir que no tiene la oportunidad de desarrollar una vida normal. Puede luchar contra los efectos secundarios físicos o emocionales del tratamiento. Es más probable que se sienta enfadado cuando le recuerdan lo que ha perdido debido al cáncer. La angustia física, económica, espiritual, emocional o social también puede provocar enfado.

La depresión y la ansiedad son los factores psicológicos más comunes relacionados en pacientes con cáncer de mama (LeShan, 2009), por esta razón se dedica un capítulo completo para cada variable. A continuación se menciona de manera general su relación con esta enfermedad:

Depresión: es una consecuencia común en los pacientes con cáncer, afectando a más del 10 por ciento de los pacientes. Un diagnóstico de cáncer es un evento que cambia la vida, y genera consigo una considerable carga psicológica en respuesta al estrés emocional y tristeza no patológica que suelen ser una respuesta normal a un diagnóstico de cáncer, sin embargo, una respuesta de estrés que vaya más allá de los mecanismos de supervivencia en este tipo de pacientes pueden resultar en otras alteraciones como el trastorno depresivo mayor (Smith, 2014).

De acuerdo con la *American Psychological Association* (APA, 2015) se estima que entre el 20 y el 60 por ciento de las pacientes con cáncer experimentan síntomas de depresión que pueden dificultar aún más que se adapten, participen óptimamente en actividades de tratamiento y aprovechen las fuentes de apoyo social que tienen disponibles. En muchas ocasiones esto influye en las decisiones acerca de seguir el tratamiento. Por lo que la depresión complica el pronóstico en la enfermedad.

La *American Cancer Society* en 2013, menciona una lista de síntomas, en la cual, si cinco o más de estos se presentan casi a diario por dos semanas o más, podría tratarse de depresión:

Estado de ánimo triste, resignado o “vacío” de manera persistente durante la mayor parte del día, pérdida del interés o del placer para casi toda actividad durante la mayor parte del tiempo, pérdida significativa de peso (sin hacer dieta) o un gran incremento en el peso, sentirse “apagado” o fatigado y agitado casi todos los días, lo suficiente como para que los demás lo noten, cansancio extremo o pérdida de energía, dificultad para dormir y despertarse muy temprano, dormir en exceso o no poder conciliar el sueño, problemas para concentrarse, recordar o tomar decisiones, sentirse culpable, despreciable o indefenso, pensamientos frecuentes de muerte o suicidio (no solo temor a morir), así como planes o intentos de suicidarse.

Ansiedad: En un estudio reciente Caniçali y colaboradores (2012) encontraron que en pacientes con cáncer de mama, existe una tasa de incidencia alta respecto a la ansiedad, ya sea después del diagnóstico, durante el tratamiento y después de la cirugía. Expresan que niveles elevados de ansiedad pueden provocar percepciones negativas en cuanto a las habilidades motoras e intelectuales del individuo. También en la atención selectiva y funciones como la memoria, bloqueando la comprensión y el raciocinio.

La APA (2010) señala los siguientes síntomas de la ansiedad:

Expresión facial de ansiedad, preocupación descontrolada, dificultad para resolver problemas y para concentrarse, tensión muscular (la persona también puede lucir tensa), temblor o estremecimiento, intranquilidad, puede sentirse agitado o muy nervioso, resequedad bucal, irritabilidad o arrebatos de furia (gruñón o impaciente).

Percepción de la imagen corporal

Debido a la naturaleza invasiva de los tratamientos utilizados para combatir el cáncer existen diversas reacciones en el cuerpo que producen una alteración en el aspecto físico de los pacientes, estos cambios pueden ser temporales como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; y otros debido a los efectos de las cirugías se vuelven permanentes como las cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría y linfedemas (Fernández, 2004).

Aunque algunos de estos cambios físicos afectan únicamente a nivel estético hay otros que conllevan además una incapacidad funcional (Sebastian, Manos, Bueno, & Mateos, 2007), y en ambos casos generan repercusiones psicológicas significativas en el paciente, como menciona Fernández (2004) “estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica” (p. 170).

Además, la vergüenza y el temor al rechazo conducen al paciente a la evitación de las relaciones sociales y al aislamiento, como consecuencia una disminución considerable en la autoestima del mismo afecta de forma directa la identidad personal, y aumenta la frecuencia elevada de pensamientos intrusivos sobre su apariencia física (Blanco, 2010).

Junto con los cambios en la percepción de la imagen corporal surgen creencias disfuncionales en torno a la valía personal, debido a que sobrevaloran el aspecto físico perdido y dejan de lado otras cualidades de su persona como

capacidad laboral, utilidad, capacidad social e intelectual; y tiene una sobrevaloración de la importancia estética de la zona afectada, la falta de pecho, la pérdida de pelo, la cicatriz, entre otras, representan la totalidad de su apariencia física (Martínez-Basurto, et al., 2014).

Por si fuera poco, la actividad sexual se ve ampliamente reducida durante y después del tratamiento en cánceres directamente relacionados al sexo como el de mama y cervix en mujeres o próstata y testículo en hombres debido a las consecuencias físicas producto del tratamiento (como disfunción eréctil o resequedad en la mucosa vaginal) y el agotamiento. De igual manera, los problemas relacionados con la percepción de la imagen corporal, la pérdida de interés en las relaciones (sexuales e interpersonales), la sensación de poco atractivo sumado a la frustración y decepción por la pérdida de la intimidad sexual y los sentimientos de inadecuación generan cambios en el sentido y percepción de la feminidad o la masculinidad (Ussher, Perz, Gilbert, & The Australian Cancer and Sexuality Study Team, 2015).

Psicopatología

De acuerdo con la OMS (2007) todas las personas con enfermedades físicas en general, y con aquellas de curso crónico y degenerativo en lo particular, resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental

Los pacientes oncológicos están expuestos a experimentar reacciones emocionales de gran intensidad consecuencia del duelo que provocan las pérdidas significativas que padecen, complicando el proceso de adaptación a la pérdida. Las defensas psíquicas del paciente, aunque sea de manera temporal, son alteradas y potencian el desarrollo de trastornos psiquiátricos (Lluch, Almonacid, & Garcés, 2004).

De acuerdo con Lluch y colaboradores (2004) dentro de los trastornos que están expuestos a padecer los pacientes con cáncer se encuentran:

- Los trastornos de adaptación
- Los trastornos de ansiedad
- Los trastornos depresivos
- El trastorno de estrés pos-trauma

Es importante destacar que los síntomas reactivos presentados por el paciente pueden considerarse “normales” o patológicos en función de la intensidad, duración de la manifestación y afectación del síntoma respecto al desencadenante que produce sobre la conducta del paciente (Robles, Morales, Jiménez, & Morales, 2009).

Cabe mencionar que existen variables que influyen en el desarrollo de la psicopatología de un paciente con cáncer como: los antecedentes psiquiátricos del paciente, niveles de introversión, impacto psicológico de la pérdida, apoyo social, autoestima y auto concepto, significado de lo perdido, información, toxicidad de los tratamientos médicos, entre otros (Almonacid, 2003).

Sociales

Posiblemente el mayor reto al que se enfrentan los supervivientes de cáncer sea el modo en que los demás reaccionan a su enfermedad (MD Anderson Cancer Center Madrid, 2014).

Relaciones familiares y de pareja: Como menciona el *National Institutes of Health* (2015) algunas de las reacciones más comunes que suelen tener los amigos, compañeros de trabajo y familiares frente al paciente son: el quedarse callado, evitarle o fingir que no ha pasado nada, además de la incomodidad a la hora de hablar sobre su enfermedad, incluso algunos otros utilizan el humor como distracción para que no piense en su situación, en lugar de ofrecerse para hablar de sus problemas. Sin embargo, el cáncer puede ser una enfermedad duradera, por lo que es fundamental superar las barreras de comunicación.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar. Al respecto Baider (2003) menciona que:

El sistema social de la familia ayuda al individuo a soportar los efectos psicológicos adversos a la tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. Al contrario, cuando tal apoyo no se presenta la situación del sujeto es visiblemente deteriorada. En cuanto a la relación de pareja, menciona que los integrantes de ésta tienen una adaptación más exitosa cuando modifican su intimidad incluyendo situaciones complicadas resultantes del padecimiento. La pareja que vive con la enfermedad crónica tiene la oportunidad de reorganizar sus pensamientos y priorizar lo importante en la vida como pareja y dentro de la unidad familiar.

Relaciones laborales: la reintegración social y profesional puede ir acompañada de muchos temores como preocupación por estar expuesto a un mayor riesgo de infección, ausencia de energía suficiente para llegar al final de la jornada laboral y ansiedad por no ser capaz de pensar con claridad debido a la denominada “afectación neurológica por quimioterapia” o pérdida de memoria. Tras haber superado una situación de vida o muerte, muchos supervivientes de un cáncer se sienten apartados de las personas que no han vivido esa misma experiencia y recurren a otros supervivientes en busca de apoyo y amistad. Es posible que se niegue a revelar a sus jefes y compañeros que está recibiendo tratamiento oncológico por temor a ser tratado de forma diferente o incluso a perder su trabajo y su seguro médico. Esto crea una atmósfera de incertidumbre que contribuye al estrés emocional (MD Anderson Cancer Center Madrid, 2014).

El padecimiento de cáncer de mama implica que el trabajador interrumpa su actividad laboral para llevar a cabo sus intervenciones quirúrgicas y tratamientos posteriores, Bandrés y Delgado (2012) mencionan que el 96 por ciento de las mujeres que trabajaban en el momento del diagnóstico necesitaron baja laboral, cuya duración fue por más de tres meses en el 85 por ciento de los casos; por otro lado, el regreso a jornadas largas de trabajo, ritmos estresantes y presión laboral genera en la persona miedo a ser considerado como “el enfermo”. El cáncer de mama afecta a las mujeres en edad laboral debido a que los tratamientos son de larga duración, esto implica que se extienda la incapacidad laboral por más tiempo, a esta le corresponde un límite de tiempo legal,

ocasionando que se agote el plazo de la misma. Aunado a esto el diagnóstico y el tratamiento requiere de pruebas sujetas a lista de espera y tratamientos largos con efectos secundarios, valoraciones durante el proceso que implican una extensión de tiempo; al término del tratamiento el paciente requiere de valoraciones periódicas las cuales tiene posibles efectos secundarios.

Tratamiento del Cáncer de mama

De acuerdo a la popularidad y eficacia de los tratamientos Forgach, Sánchez y Erazo (2015) mencionan como principales terapias para el cáncer de mama los tratamientos quirúrgicos, la extirpación de lóbulos y ganglios linfáticos, cirugía reconstructiva, radioterapia, terapia sistémica, quimioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida entre otros.

Cirugía: La mastectomía o extracción de la mama puede ser en diferentes modalidades dependiendo de la expansión del cáncer en las células de epitelio, se puede dar con preservación de pezón, simple o total, radical modificada, y depende de factores como la edad, la cantidad de la mama que se encuentre afectada, el historial clínico entre otros (Gil, López, Rebollo, Utrillas, & Minguillón, 2010).

Radioterapia: Las células del cáncer se multiplican e invaden los tejidos más rápidamente que las células normales en el cuerpo. La radiación es más dañina para las células que se reproducen rápidamente, por ello la radioterapia causa más daño a las células cancerosas que a las células normales. Esto impide que las células cancerosas crezcan y se dividan, y lleva a que se presente muerte celular. Es por ello que la radioterapia se usa para combatir muchos tipos de cáncer, algunas veces, es el único tratamiento necesario. Igualmente, la radioterapia se puede utilizar para: reducir el tamaño de un tumor, evitar que el cáncer reaparezca después de la cirugía o la quimioterapia, aliviar o atenuar los síntomas causados por un tumor, tratar cánceres que no se pueden extirpar con cirugía por el riesgo que esta implica (Ornelas-Mejorada et al., 2011).

Quimioterapia: La quimioterapia hace uso de medicamentos contra el cáncer que usualmente se inyectan en una vena o se administran por la boca. Se usa como tratamiento principal para muchos tipos de cáncer metastásicos. A menudo, la quimioterapia puede reducir el tamaño de los tumores. Esto puede reducir el dolor y ayudarlo a sentirse mejor, aunque usualmente no causa que desaparezcan totalmente. Algunas veces, se utiliza con tratamientos locales, tal como radiación (American Cancer Society, 2012).

Los medicamentos de quimioterapia destruyen a las células cancerosas, pero también dañan a algunas células normales, lo que causa algunos efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen del tipo de medicamento, de la cantidad administrada y de la duración del tratamiento. La *American Cancer Society*, (2012) señala los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia:

- Náuseas y vómitos.
- Falta de apetito.
- Caída del cabello.
- Llagas en la boca.
- Diarrea.

Tratamientos Adyuvantes: La terapia principal en el cáncer de mama es el tratamiento que se administra para reducir o eliminar este padecimiento una vez diagnosticado, por lo general, incluye cirugía; es decir, una mastectomía (la extirpación del seno) o una mastectomía parcial (cirugía para extirpar el tumor y una pequeña cantidad de tejido normal circundante). Sin embargo, aún en cáncer de seno en estadio inicial, las células pueden desprenderse del tumor primario y diseminarse a otras partes del cuerpo generando metástasis. Por esta razón, los médicos administran terapia adyuvante para destruir células. La terapia adyuvante para el cáncer de seno es el tratamiento administrado en una fase posterior a la terapia principal, esto para aumentar la posibilidad de sobrevivencia y disminuir el riesgo latente de recaídas cancerosas que pueden haberse diseminado, aunque no puedan ser detectadas por exploración con imágenes o por pruebas de laboratorio. Los estudios han indicado que la terapia adyuvante para cáncer de

seno puede aumentar la posibilidad de supervivencia duradera al prevenir su recurrencia (National Cancer Institute, 2009).

La mayoría de las terapias adyuvantes son sistémicas. Para esto se usan sustancias que se administran vía intravenosa y se dirigen y atacan a las células cancerosas en todo el cuerpo. La terapia adyuvante para el cáncer de seno puede incluir quimioterapia la cual consiste en el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, puede ser también terapia hormonal, que priva a las células de cáncer de seno del estrógeno, una hormona que muchos tumores de seno necesitan para crecer. Otro tratamiento es el trastuzumab (Herceptina®); que es un anticuerpo monoclonal que se dirige a las células del cáncer que producen en exceso o expresan en demasía una proteína llamada HER2 y también existen la radioterapia o una combinación de terapias (Romond et al., 2005).

Tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con cáncer

Se sabe que entre un 30 y un 50 por ciento de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento. La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes y muchas veces no son atendidos. Los pacientes que tienen dificultad en adaptarse representan un claro reto para el equipo clínico, ya que el mismo equipo se ve en la necesidad de responder a múltiples problemas psicológicos y sociales (Murillo & Alarcón, 2006).

Como mencionan Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal (2009) la evidencia de estudios efectuados en otros países, muestra la conveniencia de realizar las intervenciones en grupo ya que promueven mejoras en la salud y en el bienestar, suponiendo para la mujer un importante grupo de apoyo.

De acuerdo con Bellver (2008) a comparación de la terapia individual la terapia grupal ofrece una serie de ventajas:

- Apoyo social. Los integrantes del grupo tienen la posibilidad de crear o aumentar su red de apoyo social y reducir el aislamiento social al

que pueden estar sometidos después de recibir el diagnóstico de cáncer.

- El principio de "Helper-Therapy". Consiste en la mejora de la autoestima del paciente a través de prestar apoyo a los otros, además de aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo.
- Coste-Beneficio. La terapia de grupo permite atender a un número mayor de pacientes con un menor coste económico en el número de profesionales.

En el estudio de Bellver (2008) cuyo objetivo fue analizar la eficacia de la terapia grupal en el estado de ánimo y la calidad de vida de N= 91 mujeres con cáncer de mama después de haber concluido con los tratamientos médicos, sus resultados mostraron un efecto estadísticamente significativo en la disminución de los estados de ansiedad y depresión, y en la media global de calidad de vida que mejoró significativamente al finalizar la terapia y en el seguimiento.

En otro estudio realizado por Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez y García (2008) se evaluó la eficacia del tratamiento grupal cognitivo-conductual con una muestra de N= 38 mujeres con mastectomía supervivientes del cáncer de mama donde se trabajó su imagen corporal, autoestima, sexualidad, estado de ánimo y ansiedad. Se llevó a cabo una evaluación pre y postratamiento en dos grupos, uno experimental y otro control. El tratamiento grupal cognitivo-conductual se aplicó en nueve sesiones semanales dividido en cuatro bloques, a) Estado de ánimo: (dos sesiones) psicoeducación del origen de sentimientos ansiosos y depresivos, aplicación de técnicas de relajación muscular y entrenamiento de autoinstrucciones positivas; b) Imagen corporal y autoestima: (cuatro sesiones) aplicación de diferentes técnicas y ejercicios de exposición de imagen corporal para modificar creencias irracionales en torno al atractivo y la valía personal; c) Sexualidad: (dos sesiones) psicoeducación de la autoestima y la imagen corporal en la sexualidad; d) Despedida: cierre, feedback y aplicación de la postevaluación. Los resultados de dicho estudio mostraron que el grupo

experimental presentó diferencias significativas de la ansiedad estado pre (35 por ciento) y postratamiento (27,37 por ciento) aunque no hubo mejoría estadísticamente significativa en las variables imagen corporal y sexualidad, se mostró una mejoría leve en la autoestima del mismo grupo.

Páez, Luciano y Gutiérrez (2007) mencionan que los tratamientos psicológicos diseñados para aumentar la calidad de vida de los pacientes con cáncer han mostrado su utilidad, sin embargo, lo verdaderamente importante es realizar una comparación para conocer qué tipo de estrategias son más eficaces que otras. En su estudio realizado a N= 12 mujeres con cáncer de mama, cuyo objetivo fue delimitar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en comparación con la Terapia Cognitiva, se mostró que el tratamiento ACT tenía una mayor prevalencia a lo largo del tiempo (después de un año de la intervención) en las variables de ansiedad y depresión, y el número de participantes que mejoraron su calidad de vida fue de seis versus tres de la estrategia Cognitivo Conductual. También en la variable denominada “áreas valiosas afectadas” cinco mujeres que recibieron el tratamiento ACT, versus dos de control cognitivo, disminuyeron el número de áreas afectadas, y mantuvieron estos cambios incluso al año de haber recibido el tratamiento. Se concluyó que debido a que el ACT funciona haciendo que la persona esté menos centrada en sus síntomas y más centrada en su comportamiento efectivo el malestar o las funciones aversivas, terminan resultando menos aversivas, y aunque su frecuencia no disminuye necesariamente, ocurre que ya no interfieren de la misma forma dejando de ser cruciales en el control del comportamiento y quedando éste controlado por las metas personalmente significativas de las pacientes.

En otro estudio realizado por Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009) se trabajó con un grupo experimental de N= 20 mujeres con cáncer de mama, donde se evaluó y diseñó, siguiendo el modelo de psicoterapia integradora del autor Millon (1999), una intervención grupal que incluyó técnicas: cognitivo-conductuales, de la Gestalt, enfoques interpersonales y sistémicos; además de estrategias para mejorar la inteligencia emocional de las pacientes. La evaluación

de dicho estudio identificó en el grupo experimental dos tipos de personalidad: el primero con rasgos evitativos y depresivos caracterizados por tener dificultad en reconocer sus necesidades personales y conflictos para expresar adecuadamente sus emociones con un 69.44 por ciento de la muestra, y el segundo grupo con rasgos histriónicos con tendencia a evitar reflejar pensamientos y emociones desagradables, con 30.55 por ciento. Los resultados obtenidos indicaron diferencias significativas en el grupo experimental dentro de las variables: reparación emocional y bienestar, en su componente cognitivo, así como en el componente afectivo. Las participantes mejoraron en la regulación de sus emociones negativas y en su bienestar personal en comparación con las del grupo control.

Capítulo 2. Depresión

En este capítulo se presenta la definición de depresión y las teorías más representativas utilizadas para explicar este trastorno. Además se hace referencia de algunos estudios que demuestran la relación del estrés y la depresión con la aparición de células cancerígenas. Por último se menciona la sintomatología, tipos y criterios de detección así como los principales instrumentos utilizados actualmente para medir este padecimiento.

Definición

Según la OMS (2015) la depresión se define como un trastorno mental, cuyas características principales son la tristeza, desinterés y pérdida de placer por diferentes actividades, autoestima baja, culpa, trastornos de sueño y apetito, falta de concentración y cansancio.

Beck (1978) señala que la depresión es el resultado de una distorsión cognitiva en la que el sujeto distorsiona la realidad reflejándose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro.

Depresión es un síndrome o una agrupación de síntomas afectivos: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a situaciones de la vida, y ya sea en menor o mayor grado también se presentan síntomas cognitivos, volitivos y somáticos. Básicamente se habla de una afectación en la psique, haciendo énfasis en el núcleo afectivo (Alberdi, Castro, Taboada, & Vázquez, 2006).

En la depresión, las cogniciones tienen relación directa con las creencias de pérdida o derrota. Lizondo, Montes y Jurado (2005) consideran que las personas deprimidas tienden a auto-evaluarse negativamente durante el comportamiento con otros, estos patrones de pensamiento tienen en los siguientes, las más destacadas características:

- Suposiciones o creencias inflexibles.
- Son resultantes de experiencias pasadas.

- Son la base para percibir, discriminar, evaluar los estímulos.

Teorías de la Depresión

La depresión ha sido estudiada a través de diversos enfoques teóricos, a continuación se describen los más representativos:

Teoría Psicoanalítica: Fue expuesta por Freud, en el año 1917. La depresión es una reacción a la pérdida del objeto amado, creando deseos hostiles, que serían redirigidos hacia uno mismo, consecuencia de la introyección del objeto, a su vez ocasionando reproches y sentimientos de culpa. Esta pérdida del objeto puede ser real o imaginaria, provocando una retroflexión del yo (Mardomingo, 1994).

De acuerdo con Belloch (2009) las primeras teorías de la depresión, tuvieron su origen en el psicoanálisis, y enfatizaban la baja autoestima, como el principal síntoma de este trastorno.

Teoría Psicodinámica: En cambio, en las teorías psicodinámicas también consideran la pérdida del objeto amado, como principal síntoma, pero pasan por alto la ira interiorizada. En cambio, toman esta pérdida pero desde la infancia, por separación, rechazo, muerte de padres. (Luna 2002).

Karl Abraham, en su teoría psicodinámica de la depresión (1911) hace la siguiente descripción: "La Depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales (...) el individuo no puede sentirse amado, ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional" (p. 51).

Según Ávila (1990) Abraham insistía en que hay una semejanza entre el individuo deprimido y el obsesivo. La búsqueda de amor se bloquea por fuertes sentimientos de odio, mismo que se encontraban reprimidos por la incapacidad del individuo de reconocer su hostilidad. "Las personas que no me aman... me odian".

Teoría Conductual: a diferencia de las teorías ya mencionadas, las teorías conductuales propuestas por Beck y colaboradores (1983), consideran la

reducción generalizada como principal síntoma de la depresión. Estas dos últimas, a consecuencia de una pérdida de refuerzos positivos de la conducta o la pérdida de la efectividad de dichos reforzadores.

Teoría de la indefensión aprendida: La teoría de la indefensión o de la desesperanza aprendida (Seligman, 1975) afirma que los sujetos deprimidos perciben su conducta de manera independiente a los refuerzos ambientales con sentimientos de indefensión, desvalimiento y fracaso. Las atribuciones se dan por la asignación de los resultados negativos a causas internas, globales y estables.

Teoría de la desesperanza: Esta teoría fue propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy (1978) quienes proponen que los individuos con inferencias negativas son más propensos a desarrollar síntomas depresivos, son propensos a cometer suicidio mediado por su desesperanza.

Esta teoría hace hincapié en que la expectativa negativa de un suceso de gran relevancia, junto con un sentimiento de impotencia sobre la probabilidad de cambiar el suceso, es una característica primordial de la persona deprimida (Rosselló & Berríos, 2004).

Teoría de la distorsión cognitiva: Desarrollada por Albert Ellis en 1955, sostiene que la depresión se da porque el individuo tiene una imagen negativa de sí mismo y su entorno. Toda esta percepción negativa, es lo que conduce al cuadro depresivo.

Síntomas

De acuerdo con el National Institute of Mental Health (NIMH, 2009) cada individuo es diferente así que no todos presentan los mismos síntomas con la misma frecuencia e intensidad. Todo depende de la persona y la situación que la lleve a presentar algún grado de depresión.

Según el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) el trastorno depresivo persistente (distimia) es aquel que presenta las siguientes características:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnias.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Otros síntomas proporcionados por el NIH en 2009 son:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Tipos y criterios diagnósticos de depresión

La OMS (2012) indica que, dependiendo del número e intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse en tres subtipos: leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves presentan dificultad para mantener sus actividades laborales y sociales habituales, aunque es poco probable que las suspendan completamente. En cambio, en un episodio depresivo grave es muy probable que el paciente no siga con sus actividades sociales, laborales o domésticas y si lo hace será con grandes limitaciones. En el mismo informe se describen los siguientes dos tipos o clasificaciones de depresión:

- Depresión unipolar:

Durante los episodios depresivos típicos hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

- Trastorno bipolar:

Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

De acuerdo con Sarason y Sarason (2006) el sistema de clasificación multiaxial ubica a la depresión dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo. Según sea la intensidad y duración de los síntomas se puede clasificar en dos grandes tipos:

- Trastorno depresivo mayor

Los siguientes síntomas deben durar dos semanas y representar un cambio del funcionamiento normal de la persona. Incluye pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, así como por lo menos cuatro síntomas del siguiente grupo: pérdida o aumento marcado de peso sin estar haciendo una dieta, problemas de sueño constantes, conducta agitada o bastante lenta, fatiga, incapacidad para pensar con claridad, sentimientos de inutilidad y pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio. Un episodio de depresión mayor puede terminar por completo en un par de semanas o meses o puede sencillamente disminuir, pero algunos síntomas continúan por un largo periodo.

- Trastorno distímico

Se presenta un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día por lo menos durante dos años. Los síntomas pueden disminuir, pero no desaparecen por más de dos meses. Las personas con este trastorno presentan melancolía, no disfrutan de las cosas, sin sentido del humor, actitud pesimista, baja autoestima, tendencia a estar ensimismado y sentimientos de culpa. Pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Además, las alteraciones no son parte de un trastorno psicótico crónico o el resultado de alguna sustancia o enfermedad médica general.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramos de la Fuente (2013), señala que en el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA, 2014) surgieron cambios en diferentes criterios para diagnosticar la variedad de trastornos psicológicos existentes. En los trastornos del estado de ánimo se hizo la exclusión del duelo. Ya que hasta el DSM-IV marcaba que no se podía hacer un diagnóstico de depresión mayor a personas que en los últimos dos meses hubiesen tenido una pérdida significativa. Este concepto suponía entonces que el duelo protegía para el desarrollo de un episodio depresivo.

En el DSM-V se agrupan siete trastornos depresivos (American Psychiatric Association, 2014), los cuales son:

- A. **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo:** Caracterizado por accesos de cólera persistentes, e irritabilidad con episodios de hipomanía.
- B. **Trastorno de depresión Mayor:** Estado de ánimo deprimido, abulia, anhedonia, insomnio o hipersomnias, fatiga, disminución en procesos de pensamiento, pensamientos de muerte recurrentes, etc.
- C. **Trastorno depresivo persistente (Distimia):** Caracterizado por su similitud con la depresión mayor pero en periodos de tiempo mayores (mínimo dos años).
- D. **Trastorno disfórico premenstrual:** Síntomas como labilidad excesiva, irritabilidad intensa, desesperanza, estado de ánimo deprimido, ansiedad, dificultad para la concentración, etc., deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- E. **Trastornos depresivos inducidos por sustancias o medicamentos:** Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades, pero está presente en conjunción con consumo de sustancias como estupefacientes o interacción medicamentosa.
- F. **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** Una de las principales características de este consiste en que existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- G. **Trastorno depresivo no especificado:** Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos

de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

El CIE-10 (2014) agrupa los episodios de depresión en tres estadios según su gravedad:

Episodio depresivo leve

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos

de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Formas de Evaluación

Es importante conocer las distintas pruebas psicométricas que son usadas comúnmente para medir la depresión, a continuación se enuncian algunas:

Una de las escalas más recientemente desarrolladas es la Euro D: Una escala diseñada para medir la depresión en población geriátrica basada en criterios diagnósticos del DSM-V, consta de doce factores que miden: Estado de ánimo deprimido, pesimismo, deseo de morir, culpa, alteraciones del sueño,

interés por las cosas, irritabilidad, apetito, fatiga, concentración, goce por las cosas y llanto. En el último estudio de validación obtuvo un Alfa de Crombach de 0.75 (Guerra, Ferri, Libre, Prina, & Prince, 2015).

Por su validez y fácil uso la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM- D) y la escala de *Depresión Montgomery- Asberg* (MADRS) se utilizan en todo el mundo y son consideradas estándar para la evaluación de los síntomas depresivos. El primer tiene un Alfa de Crombach de 0.84 mientras el segundo es de 0.78. Entre algunos de los factores de la depresión que evalúan se encuentran: insomnio, síntomas somáticos relacionados con los estados de ánimo, preocupaciones, etc. (Cerneiro, Fernandes, & Moreno, 2015).

Existen otras escalas como la de Zung para la depresión utilizada para medir la de severidad de un episodio depresivo mayor (EDM), esto en una población de pacientes en hospitalización psiquiátrica. Sin embargo, la escala se ha utilizado también para identificar casos de episodio depresivo mayor en personas hospitalizadas por enfermedades médicas y en la población general (Díaz, Campo, Rueda, & Barros, 2005).

En México, Sanz, García, Espinoza, Fortún y Vázquez (2004) mencionan que el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es una de las escalas más utilizadas para medir los síntomas de depresión en entidades clínicas y no clínicas, contiene 21 ítems que muestran cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad, se puede aplicar en adolescentes (edad mínima de 13 años) hasta adultos.

De acuerdo con Sanz y colaboradores (2004), la puntuación total indica si el individuo presenta una depresión leve, moderada o grave. El BDI consta de 21 ítems, cada uno de los cuales se califica en una escala de 0 a 3. La puntuación máxima es de 63. El punto de referencia recomendado para diagnosticar depresión mínima es de 13, mientras que una puntuación de 14-19 indica depresión leve, 20-28 y 29-63 moderada depresión grave. La validación de dicho instrumento a la población mexicana se realizó mediante tres estudios, en los

cuales se evaluó confiabilidad, validez, consistencia interna, correlación estadística etc. El procedimiento consistió en traducir, adaptar, someter el instrumento a pruebas piloto, estandarización de las normas, realizar una investigación apropiada que lo valide.

Depresión y Cáncer

El cáncer de mama constituye una patología de extremada prevalencia en la actualidad y con un alto impacto en la sociedad. El diagnóstico es impactante para las mujeres porque se enfrentan al problema de sentido de pérdida y este hecho puede ser observado tanto por ellas como por otras personas, provocando con frecuencia alteraciones depresivas. Los resultados de la asociación entre la presencia previa de diagnóstico de depresión mayor y cáncer de mama no son concluyentes, aunque sí muy sugerentes. En efecto, la depresión puede producir consecuencias fisiológicas negativas a largo plazo, como la susceptibilidad frente al cáncer de mama (Aguilar et al., 2015).

Como mencionan Sirera, Sánchez y Camps (2006) existe suficiente información acerca de que los eventos estresantes producen alteraciones orgánicas capaces de provocar un desequilibrio en el sistema inmunológico aumentando la producción de citocinas inflamatorias, éstas forman un grupo importante de proteínas que actúan como mediadores entre las células del sistema inmunológico para coordinar las respuestas en la separación de las heridas y en otras reacciones inmunes (Kawamura, Kim, & Asukai, 2001).

Como menciona Kiecolt- Glaser y colaboradores (2003 como se citó en Sirera et al., 2006) tanto el estrés como la depresión, y la inflamación son capaces de activar y modificar el equilibrio de las citocinas y que éstas, a su vez, pueden tener un efecto depresivo en el paciente. Además, la alteración que produce el estrés sobre la función del sistema inmunológico puede desencadenar en el desarrollo y crecimiento de las enfermedades neoplásicas como el cáncer.

Las características observadas en los pacientes deprimidos son clara evidencia de la influencia del sistema inmune sobre la fisiopatología de la depresión: (Sirera et al., 2006)

1. Elevados niveles de citocinas proinflamatorias.
2. Elevados niveles de reactantes de fase aguda y marcadores de activación de las células inmunes.
3. Función inmune alterada.

De acuerdo con Sirera y colaboradores (2006) el sistema inmunológico es imprescindible en la regulación del crecimiento del tumor cancerígeno, incluso Burnet (1950) postuló que además de encargarse de eliminar agentes infecciosos en el organismo, el sistema inmune también realiza una vigilancia activa ante la aparición de células neoplásicas. Concluyendo, tanto la depresión como el estrés son agentes decisivos en la capacidad de influir al desarrollo de células cancerígenas causando tumores e incluso la aparición de metástasis después de terminar el tratamiento.

La depresión es una consecuencia común en los pacientes con cáncer, afectando a más del 10 por ciento de los pacientes. Un diagnóstico de cáncer es un evento que cambia la vida, genera consigo una considerable carga psicológica en respuesta al estrés emocional y tristeza no patológica que suele producir normalmente un diagnóstico de cáncer, sin embargo, una respuesta de estrés que vaya más allá de los mecanismos de supervivencia en este tipo de pacientes pueden resultar en otras alteraciones como el trastorno depresivo mayor (Smith, 2014).

El riesgo de tener que ingresar al hospital por depresión grave fue un 70 por ciento más alto entre las pacientes de cáncer de mama en el primer año tras el diagnóstico que entre sus iguales libres de cáncer. Las pacientes con cáncer de mama también tenían tres veces más probabilidades de usar antidepresivos durante el primer año tras el diagnóstico. La depresión es una enfermedad que toma mayor fuerza cuando acompaña a algún otro padecimiento como es el cáncer. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por esta enfermedad entre la población femenina, por lo que es preciso conocer los efectos psicológicos que produce y de esta manera mejorar la intervención interdisciplinaria que se

brinda para una mejor calidad de vida de la paciente y de la familia que la acompaña en su proceso (Bardwell & Fiorentino, 2012).

Cabe mencionar, que la presente investigación tomo como guía teórica el modelo cognitivo de la depresión del psicólogo Aaron T. Beck (1960), asimismo se aplicó el BDI como instrumento para medir la depresión en la muestra de este estudio.

Se ha hecho mención a través de diversos estudios que la presencia de depresión está íntimamente relacionada con la ansiedad que también acompaña a los pacientes ya sea en el diagnóstico, tratamiento y/o supervivencia de esta enfermedad. Por tal motivo es de suma importancia tener un apartado dedicado a su estudio y características así como su relación con la depresión y el cáncer (Ornelas-Mejorada et al., 2011; Robles et al., 2009; Rodríguez et al., 2011; Vin-Raviv, Akinyemiju, Galea, & Bovbjerg, 2015).

Capítulo 3. Ansiedad

Este capítulo contiene la definición de la ansiedad y los principales modelos teóricos que explican su origen y desarrollo, también se mencionan los principales síntomas, tipos y criterios diagnósticos de los trastornos de la ansiedad de acuerdo con el DSM-V. Además se presentan las principales características de los instrumentos de evaluación de la ansiedad y de las escalas que evalúan únicamente la sintomatología ansiosa.

Definición

La ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y los cambios físicos como el aumento de la presión arterial. Las personas con trastornos de ansiedad suelen tener pensamientos o preocupaciones intrusivos recurrentes. Ellos pueden evitar ciertas situaciones fuera de la preocupación. También pueden tener síntomas físicos tales como sudoración, temblores, mareos o un latido del corazón rápido (APA, 2015).

Ansiedad es definida como un estado emocional subjetivo que se presenta ante la presencia de un estímulo que es considerado como peligroso y que produce la sensación de incertidumbre. Es decir, cuando el individuo es confrontado ante una circunstancia desagradable, una amenaza o un riesgo para su integridad física, mental o su supervivencia, produce respuestas en su comportamiento tales como evitación, fuga, huida, acompañadas de alteraciones fisiológicas y hormonales (Conde, Orozco, Báez, & Dallos, 2009).

Teorías de la Ansiedad

Existen diversos modelos explicativos que exponen el origen y desarrollo de la ansiedad, a continuación se mencionan los más representativos:

Modelo Cognitivo: Este modelo se fundamenta en que la ansiedad es consecuencia de los pensamientos negativos. “Cognición” es una palabra técnica, que es lo mismo que “pensamiento”. Burns (2006) plantea que cada que vez que el individuo se siente angustiado, es porque se está diciendo a sí mismo, que sucederá algo terrible. El modelo cognitivo se basa en tres ideas:

1. Usted se siente tal como piensa.
2. Cuando está angustiado, usted se está engañando a sí mismo. La ansiedad es consecuencia, de pensamientos distorsionados ilógicos. Es una estafa mental.
3. Cuando cambie su manera de pensar, podrá cambiar su manera de sentirse.

Ansonera, Cobo y Romero (1983) definen este modelo como aquella línea de investigación centrada en determinar las relaciones específicas existentes entre los estímulos que desencadenan respuestas de ansiedad, tales respuestas y su mantenimiento.

Modelo estructural: En esta fase, tanto la necesidad de supervivencia, y la vía hacia el placer, van ligadas. Una versión de la teoría estructural, indica que en esta fase, el Yo no existe, pero el potencial para su existencia, empieza con la percepción. Durante la percepción, el Yo hace una diferencia entre lo interno y lo externo, lo placentero y lo no placentero, y entre las percepciones que se dan, por el movimiento corporal, por actos mentales, y las que no pueden ser influidas por el organismo. Por lo que el Yo, empieza como función corporal, definiendo la imagen mental del cuerpo (Hales & Yudofsky, 2004).

El “arma” del Yo contra el Ello, puede ser la negación a cooperar en las metas del Ello. Pero esto también elimina los objetivos del Yo. El Yo también anda en busca de una gratificación. El Yo comprende el tiempo, para comprender que la vía más corta no siempre es la más eficaz. Es por esto que el Yo, genera ansiedad en el Ello, provocándole dolor. Por otra parte, Hales y Yudofsky (2004) explican que, “el Superyó y el ideal del Yo, imponen al Yo un principio de realidad, acorde a un principio de realidad más que perceptivo. La estrategia que utiliza el Superyó, para controlar al Yo, es provocar ansiedad” (pp. 117-119).

Modelo de la exposición: A diferencia de los anteriores modelos, el modelo de la exposición, de acuerdo con Burns (2006) tiene como idea fundamental que la ansiedad es generada por la evitación. El individuo se siente

angustiado porque evita la cosa que teme. Según esta teoría, vencerá sus miedos en cuanto deje de huir.

Modelo de la emoción oculta: Clark (2011) explica que la causa de toda ansiedad es la amabilidad. Las personas que presentan ansiedad, en la mayoría de los casos buscan agradar a la gente, temen a los conflictos y a los sentimientos negativos, un ejemplo de esto es la ira. Cuando el individuo siente que ha adquirido el trastorno, de manera inconsciente lo oculta con el fin de no contagiar a los demás de este trastorno. Probablemente los sentimientos negativos salgan a relucir pero disfrazados, es decir, pueden ser miedos, preocupaciones, entre otros. Existe una gran posibilidad de que la ansiedad disminuya una vez que estos sentimientos negativos salgan a la luz y se resuelva el problema.

Modelo biológico: este modelo plantea que existe una anatomía de las emociones, con regiones del cerebro que tienen una función crucial en su experimentación, así como sustancias que modulan normalmente las respuestas emocionales, como son los neurotransmisores que se relacionan con la respuesta de ansiedad. Las estructuras como el hipotálamo medial, la amígdala y la sustancia gris periacueductal (dPAG) y los procesos preparatorios exitosos de orientación-peligro y preparación al escape parecen estar ligados a la ansiedad (Cedillo, 2017).

Experimental Motivacional: Diversos autores han considerado a la ansiedad como un “drive” motivacional, responsable de que el individuo tenga la capacidad de emitir respuestas ante un estímulo. Clark (2011) retoma a Dollard y Miller (1950); Spence y Taylor (1953); Spence y Spence (1966) quienes suponen una relación entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad de la tarea a ejecutar, de manera que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel alto, mientras que aquellos cuyo nivel es menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea. En tareas de mayor complejidad se encuentra el efecto contrario.

Para estos autores, la ansiedad es equivalente al grado de excitación general del individuo o “drive” motivacional. La motivación necesaria para emitir

una conducta de evitación, está basada en el aprendizaje clásico, es decir, la contigüidad de EC-EI y el mantenimiento de tal respuesta se debe al efecto reforzante de la reducción del nivel de ansiedad que es consecuencia de la evitación (Clark, 2011).

Psicométrico-factorial: sus autores Cattell y Scheier (1961) consideraban que la ansiedad es una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales, evocada por algunas formas de estrés. Cognitivamente los estímulos pueden ser interpretados como potencialmente peligrosos, por lo que se eleva el nivel de ansiedad-estado, el cual consiste en los sentimientos que se perciben conscientemente, subjetivos, de tensión, aprensión y nerviosismo, acompañados de la activación del SNA y endocrino. Mientras se eleva el nivel de ansiedad, se producen operaciones cognitivas y conductuales, que ocasionan una disminución del nivel de ansiedad-estado, y estas se pueden dar en 3 tipos:

- Reinterpretación del estímulo
- Evitación de la situación
- Emisión de conductas y/o mecanismos de defensa que tiendan a reducir la ansiedad-estado.

Teoría Psicoanalítica: Esta teoría sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha surge del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, también es una señal de peligro, pero su origen se remonta en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, no se reconoce el origen del peligro. 3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al

sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos (como se citó en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Teoría del aprendizaje y psicología conductual: De acuerdo con Strongman (1995) las teorías del aprendizaje provienen originalmente de los experimentos de Pavlov (1920) y Watson (1929); sin embargo, quienes desarrollaron los modelos modernos fueron Mowrer (1950) y Miller (1955) quienes concibieron al aprendizaje como respuesta a ciertos estímulos y reforzadores. En este sentido el miedo por ejemplo es aprendizaje que obtenemos de un tercero, se nos es castigados o recompensados para aprenderlo. La ansiedad está estrechamente relacionada con el miedo, solo que sucede de forma anticipada al estímulo y en ocasiones este podría tardar demasiado en presentarse o incluso jamás llegar pero la ansiedad permanecerá. Uno de los teóricos más importantes en las teorías del aprendizaje y psicología conductual fue Eynseck (1952) quien mediante una formulación de teorías de la personalidad menciona que la ansiedad y el cómo se presente depende de dos principales dimensiones: Introversión y Extroversión, de estas dos depende la sensibilidad a los estímulos y desarrollo de la ansiedad y otras reacciones emocionales.

Teoría Neurogénica de la Depresión y Ansiedad: Esta teoría está desarrollada a nivel neuronal. Constantemente se añaden al hipocampo (área relacionada con la memoria adulta) neuronas recién nacidas. Estudios previos encontraron que la neurogénesis adulta se altera en pacientes con trastornos del estado de ánimo y relacionados con la ansiedad. Esto condujo a la teoría de que los resultados de la de que la neurogénesis adulta se deteriora en la presencia de depresión y ansiedad y la restauración de la neurogénesis posible mediante la recuperación de estos trastornos. Lo que sugiere que el potencial neuronal es menor cuando se padecen estos síndromes. Se han estudiado igualmente diversos modelos animales de depresión y ansiedad con deficiencias en la neurogénesis. La neurogénesis se refuerza constantemente por los antidepresivos en sujetos animales sólo cuando los animales están estresados. La ablación de la neurogénesis en modelos animales afecta funciones cognitivas relacionadas con la depresión, pero sólo una minoría de los estudios encontró que la ablación causa

la depresión o la ansiedad. Estudios de neuroimagen y postmortem recientes en humanos son consistentes con la teoría neurogénica, pero no concluyentes totalmente. Se cree que la dificultad para salir de episodios depresivos tiene que ver con la misma disminución cognitiva generada por la poca neurogénesis, lo que genera agotamiento y dificultad para la toma de decisiones (Miller & Hen, 2015).

Síntomas de la ansiedad

Se caracteriza por ser un sentimiento de miedo y aprensión que es difuso, vago y por supuesto muy desagradable. Las personas que son ansiosas frecuentemente se preocupan en demasía por supuestos peligros que son desconocidos a diferencia del miedo en donde el paciente si sabe cuál es el motivo de su temor. Comúnmente las personas que sufren de ansiedad tienen pensamientos sobre el futuro en los que incluyen peligros inminentes, o por el contrario recordando sucesos pasados de los cuales sólo rescatan lo negativo de la situación así como sus errores, es por eso que todo el tiempo están en este estado ansioso (Sarason & Sarason, 2006).

Según Kazdin (2011) define la ansiedad como una emoción que se caracteriza por sentimientos de tensión, preocupación y el estrés así como cambios fisiológicos tales como aumento de presión de la sangre.

Aunque no todas las personas presentan síntomas idénticos si no una combinación de ellos, de acuerdo con Sarason y Sarason (2006) los más destacados son: ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, mareos y desmayos, sudoración, insomnio, micción frecuente, estremecimientos, nerviosismo, agitación, tensión, sensación de cansancio, dificultad para respirar, temblores, preocupación y aprensión, dificultad para concentrarse, hipervigilancia.

Tipos y criterios

La ansiedad ayuda a mantener la concentración y permanecer en estado de alerta para poder actuar ante situaciones percibidas como difíciles o amenazadoras. Sin embargo, cuando la frecuencia e intensidad de este padecimiento perdura se puede desarrollar un trastorno de ansiedad mismo que puede interferir actividades

cotidianas así como debilitar el equilibrio mental y emocional del paciente (American Psychological Association, 2010).

Spielberger (1972) señala que la ansiedad puede ser dividida en estado o rasgo. Entonces, este tipo de ansiedad rasgo denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, conocido como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo. Tiende a ser más vulnerables al estrés y considerará un gran número de situaciones como peligrosas.

Por otro lado, la ansiedad estado es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. A veces este tipo de ansiedad es elevada o posee una alta intensidad, en tal caso se denomina como ansiedad aguda. Este tipo de ansiedad es la que puede experimentarse ante un examen, una entrevista o una fobia específica Spielberger (1972).

Se podría señalar entonces que la ansiedad estado es una manera espontánea de responder a nivel cognitivo acompañado de cambios fisiológicos y la ansiedad rasgo es una respuesta innata predestinada del individuo que la padece únicamente varía el nivel de ansiedad pero siempre está presente.

En DSM-V del APA (2014) se manejan diferentes tipos de ansiedad que adquieren el nombre de acuerdo con la causa de ésta, entre ellos se encuentran:

- Trastorno de ansiedad por separación: Que se manifiesta como su nombre lo dice cuando un individuo experimenta una separación de una persona con la cual tiene un nivel elevado de apego.
- Mutismo selectivo: se presenta en situaciones en las que es necesario hablar ante un público específico, no por falta de conocimientos sobre el

tema. Este tipo de ansiedad afecta en el ámbito académico, laboral e incluso en lo social.

- Fobia específica: se vive un miedo o ansiedad intenso hacia un objeto o situación específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social): se presenta cuando el individuo está expuesto ante una posible evaluación o examen por parte de las demás personas.
- Trastorno de pánico: es un momento de miedo u molestar que alcanza niveles intensos.
- Agorafobia: es un miedo intenso a estar en lugares públicos como el transporte, una plaza, una fila.
- Ansiedad generalizada: se presenta preocupación en exceso ante cualquier situación.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: el paciente sufre de ansiedad debido a un padecimiento o enfermedad física o médica.

Formas de Evaluación

Es posible considerar a la ansiedad un problema de salud pública debido a la prevalencia tanto del síntoma ansioso como la presencia de los trastornos de la ansiedad, ocupando este tipo de cuadros, los primeros lugares de prevalencia en la población general junto con los trastornos del estado de ánimo y de uso de sustancias (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

Los instrumentos de evaluación de la ansiedad se clasifican en dos grandes categorías. Aquellos instrumentos encargados del diagnóstico de los trastornos de la ansiedad, desarrollados en el ámbito psiquiátrico, y aquellas escalas que evalúan únicamente la sintomatología ansiosa, los cuales permiten el tamizaje de los síntomas de la ansiedad en la población general y clínica con la ventaja de optimización de costos y tiempo. Estas escalas están diseñadas para evaluar la severidad de los síntomas (Robles et al., 2001).

Uno de los instrumentos más usados para evaluar la sintomatología ansiosa es el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Desarrollado por Beck en 1988, es una escala auto aplicada de veintiún reactivos en escala Likert, que se califican por la persona en un intervalo que va desde “poco o nada” hasta “severamente” diseñado para evaluar específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad de una persona. En sus 25 años de existencia, el BAI se ha convertido en el cuestionario auto aplicado para evaluar la gravedad de la ansiedad más utilizado en los países con mayor producción científica en psicología (Sanz, 2014).

Dicha escala ha sido adaptada a la población mexicana por medio de cuatro estudios, los cuales consistieron en la traducción, análisis de consistencia interna y validez factorial, determinar la confiabilidad por medio del test, retest, y por último la comparación de puntuaciones medidas del BAI entre pacientes con trastornos de ansiedad y sujetos voluntarios sanos, demostrando así una alta consistencia interna, confiabilidad y validez (Sanz, 2014).

En años recientes se han realizado estudios de validación para instrumentos que relacionan las variables ansiedad y depresión tal es el caso de la Escala de malestar psicológico Kessler (K-10). El K10 es un instrumento de tamizaje breve (10 reactivos) y de fácil aplicación por el personal del primer nivel de atención y ha sido utilizado en diferentes estudios a nivel poblacional para la detección de síntomas de depresión y ansiedad. El estudio de validación en México se llevó a cabo en dos Centros de Salud del primer nivel de atención en la Ciudad de México, dando como resultado el cumplimiento con los criterios de validez y confiabilidad, por lo que se ha recomendado su uso por los médicos generales y personal de salud en el primer nivel de atención (Vargas, Villamil, Estrada, Romero, & Sotres, 2011).

En 2009 Linden y colaboradores realizaron el trabajo completo de validación de su instrumento llamado *Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN)*. Desarrollado en 2005 teniendo como principales ventajas sobre otras escalas la brevedad, el desarrollo en el contexto clínico, y otros como la inclusión de aspectos negativos y positivos de la calidad de vida de los pacientes como son el

nivel de angustia, nivel de depresión y el nivel de apoyo social percibido. El análisis psicométrico arrojó una alta consistencia interna (alfa promedio de 0,83) y confiabilidad test-retest aceptable sobre 2 meses (con un promedio de $r = .64$). Desde entonces, esta herramienta se ha implementado en cuatro centros canadienses de cáncer y los desarrolladores de la prueba han recibido nuevas solicitudes el permiso de usar el PSSCAN en Irlanda, los Estados Unidos, Japón, Australia, Suiza, Brasil, Colombia y México.

Ansiedad y Cáncer

Saleh (2012) menciona que cuando la ansiedad se presenta en pacientes con cáncer, pueden aumentar los sentimientos de dolor, afectar el ciclo del sueño, provocar náuseas, vómito, y esto se ve reflejado principalmente en su calidad de vida.

Los métodos utilizados en el tratamiento contra el cáncer de mama causan en el paciente problemas como: ansiedad, depresión, distorsión de la imagen corporal, infección, náuseas, vómitos y quemaduras en la piel. De los síntomas mencionados, la ansiedad y la depresión son los que se presentan con más frecuencia en los pacientes con cáncer. En estudios realizados se encontró que de 30 a 50 por ciento de las mujeres sometidas a mastectomía, experimentaron la ansiedad y la depresión. Sumado a esto, la incertidumbre, es decir, el miedo a la muerte, la preocupación por el futuro, desconfianza del tratamiento e insuficiente apoyo por parte de los familiares, incrementa la ansiedad (Karayurt, Uğur, Tuna, Günüşen, & Akgün, 2013).

Karayurt y colaboradores (2013) señalan que es importante que el paciente tenga el conocimiento sobre el proceso, que cuente con información de médicos y enfermeras. La necesidad de esta información se basa en la etapa de la enfermedad, así como el periodo (pre-diagnóstico, proceso de diagnóstico, proceso de tratamiento y post-tratamiento). Una estrategia para reducir la ansiedad es proporcionar material a las pacientes y sus familias, como folletos, cintas informativas, pláticas individuales y grupales.

Linden, Vodermaier, MacKenzie y Greig (2012) llevaron a cabo un estudio donde la media de edad de los pacientes fue de 59 años y el 45 por ciento eran hombres. El 19,0 por ciento de los pacientes mostraron niveles clínicos de ansiedad y otro 22.6 por ciento tienen síntomas subclínicos. Además, el 12,9 por ciento de los pacientes reportaron síntomas clínicos de depresión y un adicional de 16,5 por ciento describió síntomas subclínicos. Los análisis por tipo de cáncer revelaron diferencias significativas de tal manera que los pacientes con cáncer de pulmón, ginecológico, o cáncer hematológico informaron los más altos niveles de angustia en el momento de diagnóstico de cáncer de tiempo. Como era de esperar, las mujeres mostraron mayores tasas de ansiedad y depresión, y para algunos tipos de cáncer la prevalencia fue de dos a tres veces más alta que la observada para los hombres. En algunos tipos de cáncer, la angustia emocional estaba inversamente relacionada con la edad. Los pacientes menores de 50 años y las mujeres en todos los tipos de cáncer revelaron niveles ya sea subclínicos o clínicos de ansiedad en más del 50 por ciento de los casos.

Spencer, Nilsson, Wright, Pirl y Prigerson (2010) obtuvieron una muestra de N= 635 individuos que completaron el módulo de los desórdenes de la ansiedad de la entrevista clínica estructurada para el diagnóstico estadístico. Los resultados se compararon con el estado de rendimiento físico de línea de base de los pacientes, las preferencias de tratamiento, percepciones de la relación médico-paciente y la planificación anticipada de la atención. Aproximadamente el 7.6 por ciento de los pacientes cumplieron con los criterios de un trastorno de ansiedad. Los pacientes con trastornos de ansiedad tienen menos confianza en sus médicos, se sienten menos cómodos con preguntas acerca de su salud y son menos propensos a entender la información clínica que sus médicos les presentan. También eran más propensos a creer que sus médicos podrían ofrecerles terapias inútiles y que no controlan adecuadamente sus síntomas.

Ansiedad, Depresión y Cáncer

Se sabe que los niveles de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos es elevada con respecto a poblaciones no clínicas, de igual modo estos niveles

tienen una relación con aspectos propios del paciente como su religión, estado civil o nivel socioeconómico (Finck & Forero, 2011).

Cuando se compara con la población general, los pacientes con cáncer enfrentan múltiples factores estresantes como la morbilidad, el tratamiento, cambios neurobiológicos, dolor y sensaciones físicas; así como factores psicosociales: la sensación de incertidumbre, pérdida de control, cambios en la trayectoria de vida, el aumento de la dependencia, cambios en la apariencia, además de la larga duración y los efectos secundarios del tratamiento conllevan una general disminución en la calidad de vida (Galloway et al., 2012).

Aydogan y colaboradores en 2012 mencionan que existe una relación entre la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer la cual está influida por los estilos de afrontamiento de los pacientes ante el tratamiento y los cambios que este genera en los hábitos. De igual modo el tipo de atención hospitalaria y los efectos secundarios del tratamiento son factores que propician ansiedad y cambios en el estado de ánimo.

En presencia de estas variables (depresión y ansiedad) se han realizado diversos estudios en Europa y Estados Unidos con el objetivo de medir la eficacia de ciertas intervenciones como el efecto del asesoramiento personal en la calidad de vida, la importancia del apoyo social, entre otras variables, que intervienen en el buen desempeño de pacientes con cáncer de mama (Hill et al., 2011; Karayurt et al., 2013; Stafford et al., 2015). A continuación se mencionan algunos estudios representativos:

En el estudio realizado por Hill y colaboradores (2011) se comprobó que el bajo apoyo social es un factor determinante para que la depresión y la ansiedad aumenten. Se realizaron entrevistas a pacientes con cáncer de mamá al inicio del diagnóstico y doce meses después teniendo como resultado que las pacientes que habían tenido mayor apoyo social habían salido con un pronóstico positivo ante la ansiedad y la depresión en contraste con las que tenían bajo apoyo, estas habían recaído en episodios depresivos. El estudio concluyó que es importante dar

seguimiento a pacientes con cáncer de mama al momento del diagnóstico, durante y después del tratamiento para hacer contingencia ante estos trastornos.

Karayurt y colaboradores (2013) mencionan que mediante un estudio cuasi experimental, longitudinal se determinó que el seguimiento y consultoría individual por parte del personal de salud durante todo el proceso de diagnóstico y tratamiento disminuyó el riesgo de ansiedad y depresión y el aumento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama. Es decir, el apoyo y seguimiento por parte de un mismo profesional (en este caso de enfermería) durante varias fases de la enfermedad representa un factor de protección en comparación con pacientes que no son atendidos y acompañados por la misma persona pues este segundo grupo presenta mayores niveles de ansiedad y depresión.

Vin-Raviv, Akinyemiju, Galea y Bovbjerg (2015) examinaron las asociaciones entre los diagnósticos de ansiedad y depresión comparados con una muestra de más de N= 4000 casos de cáncer de mama identificados entre los años 2006 y 2009 en Estados Unidos. La muestra se compuso de pacientes diagnosticados con cáncer mamario en hospitalización y pacientes con la misma enfermedad en estado ambulatorio. El resultado final arrojó puntuaciones de ansiedad y depresión menos prevalentes en pacientes no hospitalizados que aquellos que sí lo están. Esto sugiere que la presencia de problemas como la depresión y la ansiedad suele ser más frecuente en pacientes con un diagnóstico de dicho cáncer que tiene que permanecer en hospitalización.

Según un estudio de Stafford y colaboradores en 2015 realizado a N= 105 mujeres 66 diagnosticadas con cáncer de mama y 39 ginecológicas. Las medias de ansiedad y depresión fueron más altas al momento del diagnóstico, con una mejoría a las 8 y 40 semanas, respectivamente. Los hombres que son pareja de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tienen más probabilidades de desarrollar depresión y otros trastornos del estado de ánimo graves, en comparación con los hombres cuyas parejas no han sido diagnosticadas con cáncer de mama. La ansiedad es probablemente el problema más grande para las

sobrevivientes a largo plazo y para sus cónyuges. Las mujeres son más vulnerables a la ansiedad y la depresión al momento del diagnóstico, con una mejora en el tiempo. Las mujeres con alto neuroticismo y antecedentes psiquiátricos están en mayor riesgo para el futuro de la morbilidad después de ajustar por factores de confusión. La identificación temprana de estas mujeres, más mayor vigilancia o derivación temprana a los servicios psicosociales puede proteger contra la morbilidad a largo plazo.

Mansoor y Jehangir en 2015, llegaron a la conclusión de que la depresión parece ser altamente prevalente en las personas con cáncer, después de identificar niveles significativos de ansiedad y depresión entre pacientes que reciben quimioterapia. Los resultados arrojaron que en conjunto el 15,8 por ciento de los pacientes tenían ansiedad, mientras que el 26,8 por ciento resultaron tener depresión.

En México, el estudio de Ornelas-Mejorada y colaboradores (2011) aplicado a N=203 mujeres mexicanas diagnosticadas con cáncer de mama cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión que presentan en radioterapia durante las cinco semanas consecutivas del tratamiento demostró que en la primera semana la sintomatología ansiosa es mayor que la de depresión, siendo de 41 y 32 por ciento respectivamente (de la segunda a la cuarta semana la prevalencia fue muy similar para sintomatología ansiosa y depresiva). En cambio, en la quinta semana de tratamiento, debido a la exposición de la radiación, aumentó el número de síntomas e intensidad de los efectos secundarios y el porcentaje de sintomatología depresiva se incrementó rebasando notoriamente al de sintomatología ansiosa. “Es probable que conforme pasan los días, las pacientes se dan cuenta que algunas cosas que pensaban acerca de las radiaciones y del lugar donde recibirían el tratamiento no eran ciertas, lo que podría contribuir a disminuir su sintomatología ansiosa” (p. 410); la investigación sugiere que al finalizar el tratamiento, muy probablemente la paciente seguiría teniendo sintomatología ansiosa y depresiva. También se identificó que a menor escolaridad existen mayores puntuaciones en sintomatología depresiva aunque algunas mujeres con posgrado presentaron puntuaciones similares a las de menor

escolaridad. En cuanto a la ocupación que desempeñaban las participantes, las que indicaron ser amas de casa mostraron significativamente mayor sintomatología depresiva que las que trabajan como empleadas; debido a los efectos secundarios de la radioterapia no pueden desempeñar las labores domésticas, entre otras actividades y surgen pensamientos extremos de inutilidad como “soy una carga para mi familia”, “ya no sirvo para nada” y cuyo resultado emocional normalmente desemboca en depresión, a veces grave.

Cabe destacar que en dicha investigación también se demostró que las mujeres con sintomatología depresiva reportaron más molestias derivadas de la radiación que las mujeres sin esa sintomatología, dichos resultados fueron estadísticamente significativos a lo largo del estudio de acuerdo con las semanas del tratamiento.

Al igual que con la variable depresión, la presente investigación toma en consideración como postura teórica los factores de ansiedad, mismo que se encuentran presentes en el BAI instrumento que se utilizó para medir dicha variable en la muestra de este estudio.

Capítulo 4. Planteamiento del Problema

Justificación

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte que afectan a mujeres en México y el mundo. Estudios previos han mostrado que los niveles de ansiedad y de depresión están relacionados de manera positiva con la presencia de cáncer de mama en mujeres que padecen esta enfermedad (Knaul et al., 2009).

Por si fuera poco, los niveles de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos es elevada con respecto a poblaciones no clínicas, de igual modo estos niveles tienen una relación con aspectos propios del paciente como su religión, estado civil o nivel socioeconómico (Finck & Forero, 2011).

Cuando se compara con la población general, los pacientes con cáncer enfrentan múltiples factores estresantes como la morbilidad, el tratamiento, cambios neurobiológicos, dolor y sensaciones físicas; así como factores psicosociales: la sensación de incertidumbre, pérdida de control, cambios en la trayectoria de vida, el aumento de la dependencia, cambios en la apariencia, además de la larga duración y los efectos secundarios del tratamiento conllevan una general disminución en la calidad de vida (Galloway et al., 2012).

Aunado a lo anterior, la presente investigación tiene como finalidad sumarse a las investigaciones que estudian la relación entre la depresión y la ansiedad en poblaciones clínicas (en específico a mujeres con cáncer de seno) para ampliar la visión de los factores referentes al proceso de cáncer como el tiempo de diagnóstico transcurrido desde la confirmación de la enfermedad y el tipo de tratamiento recibido con los niveles de las variables anteriormente mencionadas, todo esto para contribuir con la visión sobre dicho padecimiento en relación con el bienestar y la salud mental, aportado evidencias que faciliten la implementación de técnicas de intervención, que contribuyan a la disminución de factores de riesgo que afectan la calidad de vida de ésta población. Así como a la implementación del modelo biopsicosocial de la Psicooncología, disciplina

dedicada a concebir, estudiar y tratar el cáncer integrando los conocimientos desarrollados desde distintas ramas de la ciencia como la medicina oncológica, la fisiología, la psicología de la salud, la psicología experimental y la psiquiatría (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013). Por tanto, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, se refleja con mayor claridad los niveles de depresión y ansiedad que experimentan los pacientes con cáncer. Factores psicosociales como el seguimiento y consultoría individual por parte del personal de salud, el apoyo social, estilos de afrontamiento, creencias, entre otros, son componentes que influyen de manera decisiva en el aumento de la calidad de vida de las pacientes, una mayor adherencia al tratamiento oncológico y una disminución en los niveles de depresión y ansiedad. Mismos que pueden contribuir en una disminución en los gastos que el sector salud destina al tratamiento de estos pacientes.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de depresión y nivel ansiedad en mujeres con cáncer de mama atendidas en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo?

Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de depresión y nivel ansiedad en mujeres con cáncer de mama atendidas en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Objetivos específicos

- Determinar los niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.
- Determinar la puntuación de los factores de ansiedad en mujeres con cáncer de mama del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.
- Determinar si existe una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje total del Inventario de Ansiedad de Beck y el puntaje

total del Inventario de Depresión de Beck de las participantes de este estudio

- Determinar si existe una correlación estadísticamente significativa entre los factores de ansiedad del Inventario de Ansiedad de Beck y el puntaje total del Inventario de Depresión de Beck.
- Determinar cuál es la relación que existe entre los niveles de ansiedad con el tiempo de diagnóstico
- Determinar cuál es la relación que existe entre los niveles de depresión con el tiempo de diagnóstico

Hipótesis

Hipótesis Estadísticas

H0₁: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama en Pachuca, Hidalgo.

H1₁: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama en Pachuca, Hidalgo.

H0₂: No existe relación entre los niveles de ansiedad y el tiempo de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

H1₂: Si existe relación entre los niveles de ansiedad y el tiempo de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

H0₃: No existe relación entre los niveles de depresión y el tiempo de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

H1₃: Si existe relación entre los niveles de depresión y el tiempo de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Método

Variables

Las variables a estudiar en el presente trabajo son depresión, ansiedad y tiempo de diagnóstico, a continuación se muestran su definición conceptual y operacional.

Tabla 1

Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Depresión	De acuerdo con el National Institute of Mental Health (NIH, 2009) los síntomas de la depresión son: Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, culpa, inutilidad e impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba incluso las relaciones sexuales. Fatiga, falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones, insomnio, despertar muy temprano, dormir demasiado, comer	El Inventario de Depresión de Beck, desarrollado en 1983 por Beck y estandarizado por Jurado et al. (1998) para los residentes de la ciudad de México. El instrumento consta de 21 reactivos en escala Lickert divididos en 4 factores que miden las áreas emocional, fisiológica, conductual y cognoscitiva de la depresión.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
	<p>excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intento de suicidio, dolores, y problemas digestivos y jaquecas que no se alivian aún después de tratamiento médico.</p>	
Ansiedad	<p>La ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso vago y muy desagradable, la persona ansiosa se preocupa sobre todo por los peligros desconocidos. Además muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida de apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, y estremecimientos. Otros síntomas comunes son nerviosismo y agitación, también sensación de cansancio, hipervigilancia, entre otros (Sarason & Sarason, 2006).</p>	<p>Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollado en 1988 para evaluar específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad en una persona. Estandarizado a la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Consta de 16 reactivos tipo Lickert y evalúa cuatro áreas de la ansiedad: Cognoscitiva, fisiológica, conductual y emocional. Cuenta con un Alfa de Crombach de 0.840.</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Tiempo diagnóstico	<p>De acuerdo con Rivas (2013) la palabra "diagnóstico" significa discernir o reconocer una afección diferenciándola de cualquier otra. Es la práctica de distinguir o identificar una enfermedad. Está vinculado a la diagnosis: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición.</p> <p>El tiempo de diagnóstico, en este estudio, hace referencia al tiempo transcurrido entre la confirmación positiva de cáncer de mama al día de la aplicación de la encuesta sociodemográfica.</p>	<p>Se utilizó una encuesta sociodemográfica realizada específicamente para este estudio, donde se les solicito a las participantes de la muestra que marcaran cuanto tiempo había pasado desde la confirmación positiva del cáncer de mama, las opciones iban de menos de seis meses hasta más de dos años.</p>

Participantes

Población: a través de un muestreo no probabilístico se seleccionó a N=50 mujeres voluntarias diagnosticadas con cáncer de mama que acuden a recibir

atención médica en el Área de Oncología del Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Muestra: Participaron N=50 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, usuarias del Área de Oncología del Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Tipo de muestreo: No probabilístico por sujetos voluntarios.

Criterios de inclusión

- Ser mujer
- Tener entre 30 y 80 años de edad
- Tener un diagnóstico confirmado de cáncer de mama, estar bajo tratamientos adyuvantes.
- Que se comprometan voluntariamente a contribuir con esta investigación.

Criterios de exclusión

- Mujeres con edad fuera de los límites establecidos.
- Mujeres con un trastorno mental diagnosticado además de cáncer de mama.
- Mujeres que lleven un tratamiento médico o psicológico en otro hospital además del participante.
- Mujeres con un cáncer distinto al de mama.

Criterios de eliminación

- Que la paciente conteste los instrumentos de forma incorrecta
- Que la paciente deje reactivos sin contestar
- Que la paciente no comprenda los cuestionamientos
- Que se interrumpa a la paciente durante la aplicación de los inventarios por indicación del personal del hospital.

Tipo de estudio y diseño

Estudio no experimental, correlacional, transversal.

Instrumentos y materiales

Consentimiento informado

En dicho documento se solicitó la autorización de cada una de las pacientes para participar de forma voluntaria en la aplicación de los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck (BDI) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para la realización del trabajo “Depresión y Ansiedad en mujeres con Cáncer de Mama en Pachuca, Hidalgo”, declarando haber entendido el objetivo de dicha evaluación y estar consciente de la confidencialidad de sus datos (ver anexo 2).

Encuesta sociodemográfica

La encuesta aplicada recopiló los siguientes datos personales: estado civil, edad, número de hijos y el sexo al que pertenecen. Así mismo, se preguntó por el ingreso mensual y el lugar de residencia. En cuanto a los datos propios de la enfermedad, se preguntó acerca del tipo de cáncer diagnosticado, tipo de tratamiento que recibe, antecedentes familiares relacionados con el cáncer, cuidador primario y el tiempo transcurrido con la enfermedad (ver anexo 3).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Sanz, García, Espinoza, Fortún y Vázquez en 2004 describen que el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es una de las escalas más utilizadas para medir los síntomas de depresión en entidades clínicas y no clínicas, contiene 21 ítems que muestran cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad, se puede aplicar en adolescentes (edad mínima de 13 años) hasta adultos.

La puntuación total indica si el individuo presenta una depresión leve, moderada o grave. El BDI consta de 21 ítems, cada uno de los cuales se califica en una escala de 0 a 3. La puntuación máxima es de 63. El punto de referencia recomendado para diagnosticar depresión mínima es de 13, mientras que una puntuación de 14-19 indica depresión leve, 20-28 y 29-63 moderada depresión grave. La validación de dicho instrumento a la población mexicana se realizó

mediante tres estudios, en los cuales se evaluó confiabilidad, validez, consistencia interna, correlación estadística etc. El procedimiento consistió en traducir, adaptar, someter el instrumento a pruebas piloto, estandarización de las normas, realizar una investigación apropiada que lo valide (Sanz et al., 2004).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) fue desarrollado por Beck en 1988, es una escala auto aplicada de 21 reactivos en escala Likert, que se califican por la persona en un intervalo que va desde poco o nada (0), más o menos (1), moderadamente (2) y severamente (3); está diseñado para evaluar específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad de una persona. Fue validado en México en 2001 (Robles et al.) y aplicada en población oncológica por Vázquez y colaboradores en 2015. Este instrumento consta de cuatro factores: Subjetivo (ítems 4, 5, 8, 9, 10, 14, 16) este factor es de utilidad clínica en la identificación del componente afectivo de la ansiedad sobre todo en los grupos de pacientes oncológicos en los que la carga sintomática es altamente prevalente. En cuanto a los factores Neurofisiológico (ítems 1, 3, 6, 12, 13, 17, 18, 19), Autónómico (ítems 7,11, 15) y Síntomas vasomotores (ítems 2, 20, 21) indican sintomatología fisiológica frecuente en población oncológica.

Tiene un alfa de Cronbach de 0.82 y sus puntos de corte son: de 0 a 5 ansiedad mínima, de 6 a 15 ansiedad leve, de 16 a 30 ansiedad moderada y de 31 a 63 ansiedad severa.

Procedimiento

- Se presentó el protocolo de investigación ante la Dirección de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud.
- Se obtuvo la autorización del Jefe de Oncología del Hospital General de Pachuca.

- Posteriormente se dio aviso al Departamento de Psicología del Área de Oncología para aplicar los instrumentos en la sala de espera con pacientes ambulatorios.
- Se abordaba a las pacientes mientras esperaban recibir tratamiento, una vez firmado el consentimiento informado se procedía con la aplicación de los instrumentos.
- Una vez alcanzado el total de la muestra se recogieron los datos en el programa estadístico IBM.SPSS.Statiscs.23 y se analizaron los resultados de ambas pruebas.

Capítulo 5. Resultados

En este capítulo se muestran los resultados descriptivos obtenidos de los instrumentos utilizados para esta investigación. Primero se presentan los datos obtenidos de la encuesta sociodemográfica; posteriormente se presentan los resultados y correlaciones obtenidas de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

Datos sociodemográficos

En la *Tabla 2* se muestran los datos socioeconómicos obtenidos de la encuesta aplicada a la muestra (N= 50).

Tabla 2

Descripción de la muestra

	f	%
N	50	100
Edad (Rango) 39-70 (<i>DE</i> =8.53) Media 54.78 años		
Estado civil		
Casada	31	62
Soltera	6	12
Divorciada, viuda, unión libre	13	26
Hijos		
Sí (Rango 1-5)	47	94
No	3	6
Lugar de residencia		
Pachuca de Soto	26	52
Otro municipio	21	42
Otro estado	3	6

(Continúa tabla)	f	%
Trabaja		
Sí	21	42
No	29	58
Trabajo formal	5	23,8
Trabajo informal	16	76,2
Ingreso mensual		
Menos de 1000 pesos	7	14,6
1000 a 2000 pesos	4	8,3
2000 a 3000 pesos	12	25
3000 a 4000 pesos	4	8,3
Más de 4000 pesos	21	43,8

Como se puede apreciar en la *Tabla 2*, la edad de las participantes tiene un rango de 39 a 70 años, con una media de 54.78 años. En cuanto a su estado civil el 62% (n=31) de la muestra reportó estar casada, mientras que el 38% (n=19) lo conforman mujeres divorciadas, viudas, solteras o en unión libre. Además, la mayoría de la muestra 94% (n=47) tiene hijos y tan solo 6% (n=3) de las participantes reportó no tener hijos. Por otra parte, el ingreso económico del 43,8% (n=21) de la muestra gana más de 4000 pesos mensuales y sólo el 14,6% (n=7) gana menos de 1000 pesos al mes.

Datos referentes al cáncer

A continuación se muestran los datos obtenidos mediante la encuesta sociodemográfica referentes al tipo de cáncer, el tiempo transcurrido con la enfermedad, tipo de tratamiento, antecedentes familiares y el/los cuidador(es) primario(s) que identificaron las pacientes.

Tabla 3

Tipo de cáncer y duración (N=50).

Tipo de cáncer	f	%
Carcinoma ductal	11	22
Ductal invasivo	12	24
Carcinoma Lobulillar Invasivo	8	16
Angiosarcoma	2	4
Otro tipo de cáncer	17	34
Duración con la enfermedad		
Menos de 6 meses	16	32
De 6 a 12 meses	14	28
De 1 a 2 años	12	24
Más de 2 años	8	16

La *tabla 3* indica que el 66% (n=33) de la muestra presentan Carcinoma Ductal, Ductal Invasivo, Carcinoma Lobulillar Invasivo, Angiosarcoma y el 34% (n=17) restante señala padecer otro tipo de cáncer de mama. Con respecto al tiempo transcurrido con la enfermedad, la mayoría de la muestra 32% (n=16) reportó tener menos de 6 meses con el cáncer.

Se presentan a continuación los porcentajes obtenidos respecto al tipo de tratamiento que recibieron las pacientes.

Tipo de Tratamiento

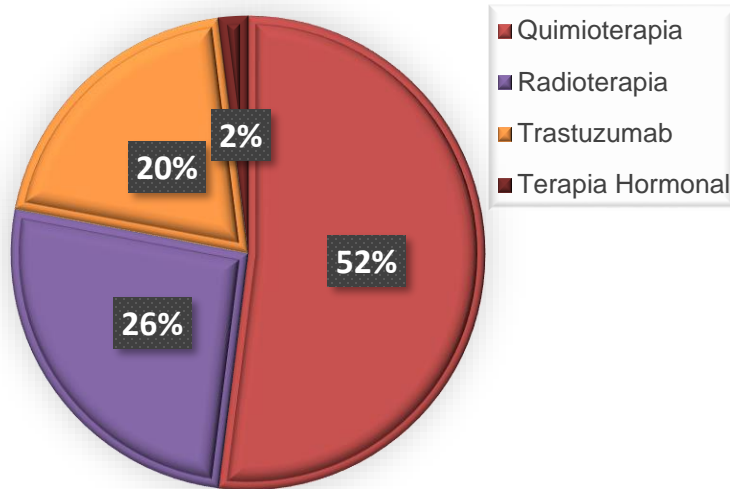


Figura 7: Distribución por Tipo de Tratamiento.

Antecedentes familiares

Sólo el 36% ($n=18$) reportaron antecedentes de cáncer en su familia, el porcentaje restante no tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

Cuidador primario

El 30% ($n=15$) de los casos identificó a su pareja como cuidador primario, en cuanto a los hermanos e hijos comparten un 16% ($n=8$) de la muestra respectivamente, el 26% ($n=13$) de la muestra señaló más de un grupo de cuidadores y el 12% ($n=6$) restante no reportaron a ningún cuidador primario a su cargo. Se presentan a continuación los porcentajes obtenidos del cuidador primario que identificaron las pacientes de este estudio.

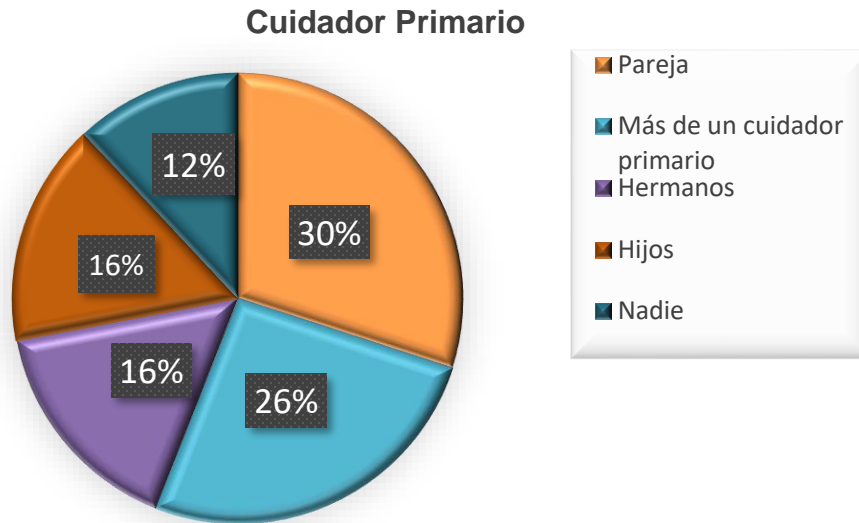


Figura 8: Distribución cuidador primario en pacientes con cáncer.

Resultados y análisis de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck

A continuación se presentan los resultados descriptivos de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck; así como las correlaciones obtenidas entre ambos instrumentos.

Tabla 4

Datos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck

Niveles de depresión del BDI	Rango teórico	f	%
Mínima	0-9	22	44.0
Leve	10-16	13	26.0
Moderada	17-29	13	26.0
Severa	30-63	2	4.0
Total		50	100.0

De los niveles totales del instrumento el 56% de la muestra obtuvieron un nivel de depresión que va de *leve* a *severa*

Tabla 5

Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck

Factores del BAI	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DE
Subjetivo	.00	2.71	.90	.68
Neurofisiológico	.00	1.88	.50	.48
Autonómico	.00	1.67	.33	.41
Vasomotores	.00	1.67	.40	.46

De los cuatro factores en que se divide el BAI el factor *subjetivo* presentó las máximas puntuaciones (2.71) por encima de los otros factores.

Tabla 6

Asociación entre los Factores del Inventario de Ansiedad de Beck y el Total de Depresión

Factores de BAI	Total de Depresión
Subjetivo	.623**
Neurofisiológico	.329*
Autonómico	.469**
Vasomotores	.128

* $p < .05$ ** $p < .01$

En la *tabla 6* se puede notar que el Factor *Subjetivo* del Inventario de Ansiedad de Beck presenta una correlación estadísticamente significativa con dirección positiva ($r=.623$) con la puntuación total de Depresión, igualmente con el Factor *Autonómico* ($r=.469$) lo que quiere decir que ante la presencia del factor subjetivo también se encuentra un nivel significativo de depresión, al igual que el factor autonómico ($r=.469$). Por otra parte, el Factor Vasomotores no presenta una relación estadísticamente significativa con el puntaje Total de Depresión.

Se calcularon las puntuaciones totales de los dos inventarios y se realizó una correlación de Pearson. Se utilizó dicha prueba estadística para determinar si existe una relación entre variables a nivel intervalar, y que esta relación no sea debida al azar (Juárez, 2002).

Tabla 7

Asociación entre el Total de Ansiedad y el Total de Depresión (N=50)

	Total de Ansiedad
Total de Depresión	.584**

* $p < .05$ ** $p < .01$

La *tabla 7* muestra una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación del total de Depresión y la puntuación total de Ansiedad ($r=0.584$). La correlación tiene un nivel de asociación moderado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Resultados y análisis de los datos referentes al cáncer con los niveles de Ansiedad y Depresión

A continuación se muestran las correlaciones realizadas entre el tiempo de diagnóstico con los puntajes totales de las variables de este estudio, así como las tablas cruzadas obtenidas entre el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento con los niveles de ansiedad y depresión.

Tabla 8

Asociación entre el tiempo de diagnóstico y puntaje total de Ansiedad

	Total de Ansiedad
Tiempo de diagnóstico	-.275

* $p < .05$ ** $p < .01$

De acuerdo con el resultado en la *tabla 8* no se refleja una correlación lineal significativa ($p=0.053$) entre el tiempo de diagnóstico transcurrido y el puntaje total de ansiedad de la muestra, sin embargo este resultado no indica la ausencia nula de relación entre las variables. Mas adelante en la tabla cruzada se observa una relación entre los niveles de ansiedad y el tiempo de diagnóstico de la muestra de este estudio.

Tabla 9

Tiempo de diagnóstico con los niveles del BAI

Tiempo de diagnóstico	Ansiedad mínima a leve		Ansiedad moderada a severa	
	f	%	f	%
Menos de 6 meses	12	24	4	8
De 6 a 12 meses	9	18	6	12
De 1 a 2 años	7	14	4	8
Más de 2 años	8	16	0	0

Como se puede apreciar en la *tabla 9*, las pacientes que presentan mayor porcentaje de niveles de ansiedad mínima a leve son las que cuentan con menos de 6 meses de haber sido diagnosticado el cáncer de mama, en cambio las pacientes de 6 a 12 meses tienen mayor frecuencia de ansiedad moderada a severa (12%). En comparación con las pacientes que llevan de 1 a 2 años con el diagnóstico reportan solo un 14% de ansiedad mínima a leve y un 8% con ansiedad moderada a severa. Cabe destacar que las pacientes con más de 2 años de haber sido diagnosticadas con cáncer no reportaron niveles de ansiedad altos.

A continuación se muestra una gráfica de barras que muestra el descenso en los niveles de ansiedad con el tiempo transcurrido desde que se confirmó el diagnóstico de cáncer de mama en la muestra de este estudio.

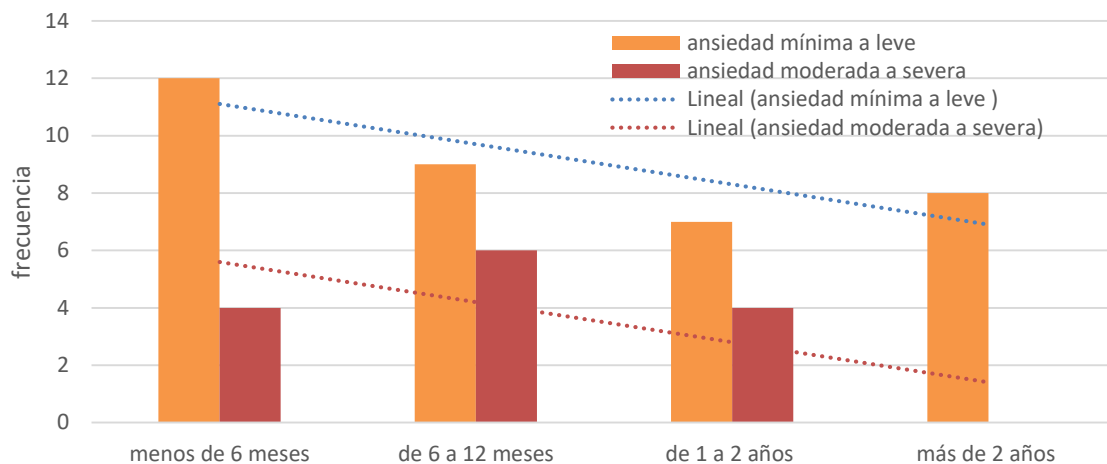


Figura 9. Distribución entre tiempo de diagnóstico y niveles de ansiedad

Tabla 10

Asociación entre el tiempo de diagnóstico y puntaje total de Depresión

	Total de Depresión
Tiempo de diagnóstico	-0.163

* $p < .05$ ** $p < .01$

El resultado obtenido entre el tiempo de diagnóstico y el puntaje total de depresión no muestra una correlación estadística significativa ($p = .275$), lo que quiere decir que en esta asociación no se encontró una relación lineal entre estas variables.

Sin embargo, también se realizó una tabla cruzada para analizar la tendencia entre el tiempo de diagnóstico y los niveles de depresión del BDI

Tabla 11

Tiempo de diagnóstico con los niveles del BDI

Tiempo de diagnóstico	Depresión mínima a leve		Depresión moderada a severa	
	f	%	f	%
Menos de 6 meses	12	24	4	8
De 6 a 12 meses	10	20	4	8
De 1 a 2 años	10	20	2	4
Más de 2 años	7	14	1	2

La *tabla 11* muestra que las pacientes con menos de 6 meses de diagnóstico presentan mayor incidencia en niveles de depresión mínima a leve (24%), seguido por la pacientes de 6 a 12 meses y de 1 a 2 años con igualdad de porcentaje (20%). En cambio, las pacientes con más de 2 años presentan los porcentajes más bajos de ambos niveles de depresión. En la figura diez se pueden apreciar de manera gráfica la tendencia de los niveles de depresión del BDI con el tiempo de diagnóstico.

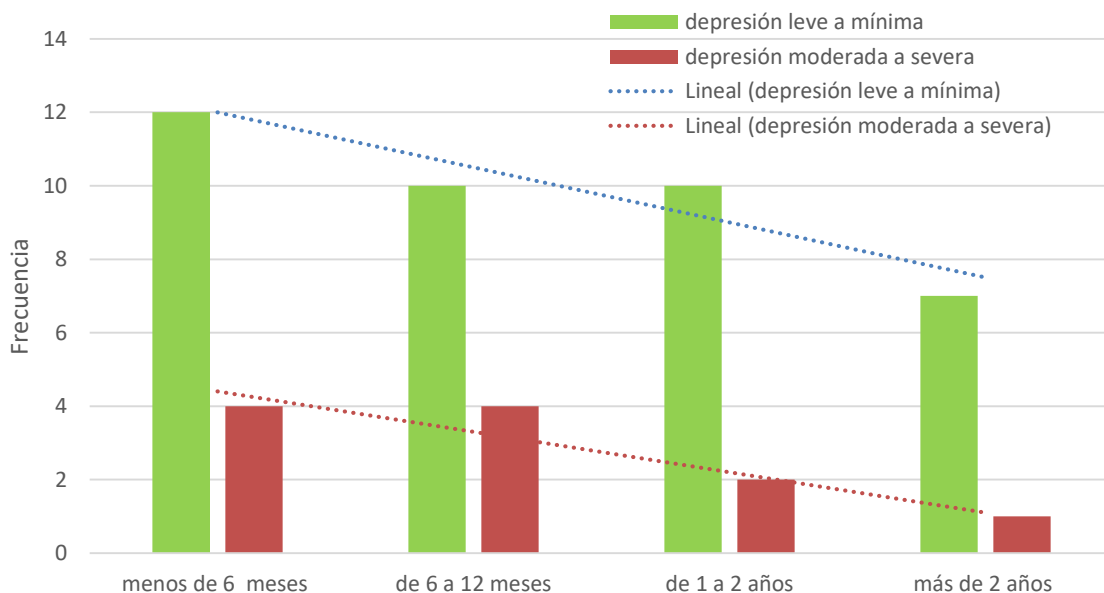


Figura 10. Distribución entre el tiempo de diagnóstico y niveles de depresión

También se realizó un análisis por medio de tablas cruzadas entre el tipo de tratamiento de las pacientes de este estudio con los niveles de ansiedad y depresión de los inventarios de Beck. A continuación se muestra el análisis de los datos obtenidos.

Tabla 12

Tipo de tratamiento y niveles de ansiedad del BAI

Tipo de tratamiento	Ansiedad mínima a leve		Ansiedad moderada a severa	
	f	%	f	%
Quimioterapia	16	32	10	20
Terapia hormonal	0	0	1	2
Trastuzumab	10	20	0	0
Radioterapia	10	20	3	6

En la *tabla 12* se puede observar que en cuanto al tipo de tratamiento, la quimioterapia presentó mayores niveles de ansiedad tanto mínima a leve como moderada a severa (32 y 20% respectivamente), la radioterapia y Trastuzumab presentan el mismo porcentaje de ansiedad mínima a leve (20%), cabe mencionar que la terapia Trastuzumab no presentó niveles de ansiedad de moderado a severo, en cambio, la terapia hormonal a pesar de no indicar niveles de ansiedad bajos, presenta un 2% en nivel de ansiedad moderado a severo.

Tabla 13

Tipo de tratamiento con los niveles de depresión del BDI

Tipo de tratamiento	Depresión mínima a leve		Depresión moderada a severa	
	f	%	f	%
Quimioterapia	17	34	9	18
Terapia hormonal	1	2	0	0
Trastuzumab	8	16	2	4
Radioterapia	12	24	1	2

Los porcentajes más altos para los niveles de depresión leve a mínima y moderada a severa se presentan en el tratamiento de quimioterapia (34 y 18% respectivamente) seguido por la radioterapia que presenta 24% de depresión en niveles bajos, Trastuzumab con un 16% y por último la terapia hormonal con 2% en niveles de depresión mínima a leve.

Cabe mencionar los datos más relevantes de este capítulo de resultados:

- La media de edad de las participantes fue de 54.78 años, la mayoría de las mismas reportó estar casada y solo 3 mujeres del total de la muestra reportó no tener hijos.
- Más de la mitad de la muestra se dedica completamente al hogar.
- En las participantes que reportaron tener más un año con el diagnóstico de cáncer obtuvieron niveles de ansiedad bajos e incluso no presentaron sintomatología ansiosa.
- El tratamiento con quimioterapia presenta el mayor porcentaje de los niveles de ambas variables.
- De los cuatro factores en que se divide el BAI el factor *subjetivo* presentó las máximas puntuaciones por encima de los otros factores.
- Se encontró una correlación estadísticamente significativa con los factores *Subjetivo* y *Autonómico*, lo que representa que ante el aumento de dichos factores de ansiedad en las pacientes también se elevará el nivel de depresión.
- Finalmente, la puntuación del total de Depresión y la puntuación total de Ansiedad de la muestra, los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

Se logró concretar el objetivo general de la investigación que fue determinar la relación entre el nivel de depresión y nivel ansiedad en mujeres con cáncer de mama atendidas en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Así mismo, los resultados de la correlación entre el puntaje total del *Inventario de Ansiedad de Beck* y el puntaje total del *Inventario de Depresión de Beck* corroboraron la hipótesis alterna planteada, ya que sí existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con cáncer de mama de este estudio.

Por otro lado, el primer objetivo específico de este estudio fue determinar los niveles de depresión de la muestra seleccionada. De acuerdo con los resultados 56% de la muestra se colocó en un nivel *leve a moderado* de depresión, este dato concuerda con los estándares reportados para la población oncológica clínica, donde se reporta que entre el 15 y 58% de los pacientes presentan sintomatología depresiva (Galindo et al., 2016) además el 4% de la muestra reportó un nivel *severo* de depresión, a pesar de que este porcentaje también se encuentra dentro del rango de pacientes oncológicos con rasgo depresivo mayor (entre 4 y 25%, de acuerdo con Rodríguez et al., 2002) se refleja una situación preocupante, pues de acuerdo con la APA (2015) la presencia de depresión dificulta la adaptación y participación al tratamiento, e incluso influye en la decisión de renunciar al mismo.

En comparación con el estudio que realizó Stafford y colaboradores en Australia (2015) donde N=105 mujeres con cáncer reportaron que a pesar de obtener una puntuación alta de sintomatología depresiva y ansiosa en la etapa de diagnóstico hubo una mejoría a partir de la 8 y 40 semanas respectivamente, sin embargo, el mismo estudio menciona que la disminución de su sintomatología se debió en gran medida a las condiciones contextuales pues existía un gran abasto del equipo multidisciplinario de profesionales de la medicina, enfermería y otros para brindar atención, además de contar con la disponibilidad inmediata de

programas de apoyo psicosociales. Lamentablemente existe un contraste marcado con la atención médica y social de los servicios de salud no solo del hospital donde se realizó este estudio, sino a nivel nacional. Como reporta la Secretaría de Salud en su Evaluación del Desempeño Hospitalario del 2011, tan solo en el ámbito de recursos humanos hay 1.85 médicos y 1.5 enfermeras por cada mil habitantes, siendo una cifra inferior al promedio internacional deseable, por ende la atención psicosocial es insuficiente e incluso inexistente para muchas usuarias del hospital, lo anterior respalda que existe una probabilidad muy alta de que las pacientes de la muestra lejos de disminuir su sintomatología depresiva se mantenga e incluso aumente, esto con mayor preocupación para el 4% de la muestra que calificó con un nivel de depresión *severo*.

Esta inferencia se respalda de una investigación homóloga realizado por Ornelas-Mejorada y colaboradores (2011) aplicado en mujeres mexicanas diagnosticadas con cáncer de mama. En su muestra de N=203 pacientes, se estudió la prevalencia de ansiedad y depresión que presentaron en radioterapia durante las cinco semanas consecutivas del tratamiento; se demostró que el porcentaje de sintomatología depresiva fue incrementando a partir de la segunda semana de tratamiento e incluso rebasó notoriamente al de sintomatología ansiosa al llegar a la quinta semana de tratamiento.

Ahora bien, las dos mujeres diagnosticadas con depresión severa de ésta investigación refirieron en sus datos sociodemográficos (junto con otras 27 pacientes) dedicarse al hogar, igualmente en el estudio de Ornelas-Mejorada (et al., 2011) se identificó que las mujeres que indicaron ser amas de casa mostraron significativamente mayor sintomatología depresiva que las que trabajan como empleadas; esto se puede deber de acuerdo con Garduño, Riveros y Sánchez Sosa (2010) a los efectos secundarios de los tratamientos que dificultan poder desempeñar las labores domésticas, entre otras actividades y provocan pensamientos extremos de inutilidad como “soy una carga para mi familia”, “ya no sirvo para nada” y cuyo resultado emocional normalmente desemboca en

depresión, a veces grave, lo que podría aumentar su mortalidad en el proceso de tratamiento.

El segundo objetivo fue conocer la puntuación de los factores de ansiedad que presentaban las pacientes con cáncer de mama de la muestra. De acuerdo con los resultados, el factor *subjetivo* presentó las máximas puntuaciones de la muestra (2.71) siendo este factor destinado a la identificación del componente afectivo de la ansiedad refiriéndose a las cogniciones, conductas y emociones que surgen cuando se presenta un estado de ansiedad en los pacientes con cáncer; seguido del factor *neurofisiológico* (1.88) que abarca los síntomas fisiológicos derivados de los pensamientos y emociones más comunes que presenta la población oncológica.

El hecho de que el nivel de ansiedad más elevado de la muestra se debiera al componente cognitivo-afectivo refleja que las participantes de este estudio tienen una relación significativa entre sus creencias y prejuicios acerca del tratamiento, la enfermedad misma así como la percepción de la atención médica que reciben, (Saleh, 2012) lo que denota un estado vulnerable e implica un factor de riesgo en el desenvolvimiento del tratamiento y dificultades en la relación de las pacientes con el personal de salud, ya que activan pensamientos renuentes e imágenes atemorizantes y catastróficas de ellas, su familia y la evolución de su enfermedad, como el miedo a perder el control, ser incapaz de afrontar la situación, miedo a morir, entre otras que provocan la desconfianza de cualquier medicamento o intervención y la no adherencia al tratamiento. Esto concuerda con los resultados del estudio realizado por Spencer, Nilsson, Wright, Pirl y Prigerson (2010) aplicado a una muestra de N= 635 pacientes con cáncer se demostró que los pacientes con mayores niveles de ansiedad tienen menos confianza en sus médicos, se sienten menos cómodos con preguntas acerca de su salud y son proclives a entender poco la información clínica que sus médicos les presentan. También están más propensos a creer que sus médicos podrían ofrecerles terapias inútiles y que no controlan adecuadamente sus síntomas.

Tomando en cuenta que el segundo factor de ansiedad más presentado por la muestra de este estudio fue el *neurofisiológico* cabe mencionar que de manera simultánea las pacientes presentan síntomas como aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones, respiración acelerada, presión en el pecho, sensación de asfixia, temblores y mareos, entre otros. Como menciona Saleh, en su investigación realizada en 2012, estos síntomas pueden convertirse en un detonador de náuseas, vómitos y otros síntomas de sufrimiento anticipatorios a los tratamientos que producen la fuerte creencia en las pacientes de no curabilidad ante el cáncer, y por ende, reducen la calidad de vida y aumentan la morbilidad. Estos datos enlazan fuertemente la probabilidad de que las pacientes de este estudio producen un mayor malestar detonado por la poca información que tienen acerca de su enfermedad y el proceso de la misma, desatando mayores y más frecuentes síntomas físicos de ansiedad, lo que inicia un ciclo donde sus pesamientos provocan ansiedad y ésta, a su vez, sensación de malestares diversos que refuerzan la creencia de no curabilidad y catastrofización de su situación, teniendo un efecto negativo directo en el proceso y éxito de los tratamientos médicos aplicados.

El tercer objetivo de este estudio consistió en determinar si existe una correlación estadísticamente significativa entre los factores de ansiedad del BAI y el puntaje total del BDI. El análisis realizado muestra que los factores *Subjetivo* y *Autonómico* del BAI presenta una correlación estadísticamente significativa con la puntuación total de Depresión, lo que muestra que ante la presencia de pensamientos y emociones catastróficas aumenta el nivel de depresión en las pacientes de este estudio.

Se pueden observar resultados similares con la investigación de Ayodgan y colaboradores en 2012 quienes demostraron que existe una relación entre la depresión y la ansiedad que está influida por los estilos de afrontamiento (refiriéndose a los pensamientos y reacciones conductuales que permiten manejar, reducir o tolerar las situaciones que se valoran como estresantes de los individuos) ante el tratamiento, aquellos pacientes que reportaban tener un estilo de afrontamiento de evitación (caracterizado por pensamientos de desesperanza y

percepción catastrófica de la situación, relacionado con pensamientos propios de la ansiedad) tenían niveles mayores de depresión.

Otro estudio realizado recientemente por Vodermaier, Lucas, Linden y Olson (2017) consolida la evidencia de la relación que existe entre la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer. En su investigación analizaron una muestra de N= 684 pacientes que habían sido diagnosticados recientemente con cáncer de pulmón en estadio III. Después de evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa los resultados obtenidos muestran que aquellos pacientes que presentaban niveles medios y altos en ambas variables, tenían una tasa de supervivencia inferior. Los autores de este estudio concluyen en la importancia de implementar programas de tratamiento para la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer para aumentar los niveles de supervivencia de esta población.

Además de determinar las puntuaciones totales de ambas variables para la muestra estudiada, se realizó la correlación entre el puntaje total de ansiedad y depresión con el tiempo de diagnóstico, así como tablas cruzadas entre dos factores referentes al cáncer: 1) el tiempo transcurrido con la confirmación del diagnóstico y 2) el tipo de tratamiento administrado, con la incidencia de los niveles (mínimo a leve y moderado a severo) de ansiedad y depresión reportados por las pacientes de este estudio. A continuación se muestran los resultados y el análisis de los mismos.

En la correlación realizada entre el tiempo de diagnóstico y el puntaje total de ansiedad no se refleja una correlación lineal significativa ($p=0.053$) entre estas variables, sin embargo este resultado no determina la nula existencia de alguna relación entre ambas, ya que en el análisis realizado de la tabla cruzada entre el tiempo de diagnóstico con los niveles de sintomatología ansiosa se puede observar que existe una tendencia a disminuir los niveles de dicha variable cuando más pasa el tiempo de haber sido confirmado el diagnóstico positivo de cáncer de mama en las participantes de este estudio, a continuación se presenta un análisis de lo anteriormente dicho.

Los resultados obtenidos con el tiempo de diagnóstico muestran que aquellas pacientes que reportaron tener menos de 6 meses de haber sido confirmado el cáncer de mama alcanzaron un 24%, el más alto de la muestra en niveles de ansiedad mínima a leve, y 8% en ansiedad moderada a severa; en cambio, las pacientes de 6 a 12 meses obtuvieron el mayor porcentaje de ansiedad moderada a severa (12%) de toda la muestra. Las pacientes que llevaban de 1 a 2 años con el diagnóstico reportan solo 14% en niveles bajos de ansiedad, y por último, las pacientes con más de 2 años de diagnóstico no reportaron puntajes de ansiedad en niveles mayores. Como se puede notar, los niveles de ansiedad varían su porcentaje conforme aumenta el tiempo transcurrido con el diagnóstico; sin embargo, cabe destacar que en esta muestra quienes reportaron tener más de un año de diagnóstico presentaron los puntajes más bajos en todos los niveles de ansiedad.

Tomando en cuenta que la ansiedad se define como un estado de tensión e incertidumbre que se presenta de forma inmediata ante un estímulo considerado como peligroso para el individuo, y que representa una amenaza o un riesgo para su integridad física, mental o su supervivencia (Conde et al., 2009), es sustentable que los porcentajes más elevados en la incidencia de los niveles de ansiedad mínima a leve se encuentren dentro de la muestra que reportó tener menos de 6 meses con el diagnóstico de cáncer.

Aunado a lo anterior, los resultados de este estudio tienen concordancia con la investigación realizada por González (2015), donde menciona que la primera fase de respuesta y adaptación al cáncer es común que se presente cierto nivel de negación y resistencia a creer que el diagnóstico es cierto, acompañado por un sentimiento de “anestesia” emocional. En cambio, durante la segunda fase existe un periodo de confusión, agitación emocional y disforia, la realidad de su situación se asimila lentamente, y se anticipa la sensación de dolor y muerte; lo que puede explicar por qué la puntuación más alta en los niveles de ansiedad mayores se haya presentado en las pacientes con 6 a 12 meses de haber recibido el diagnóstico. Finalmente, González plantea que la tercera fase es la adaptación

a largo plazo, en ésta reaparece el “optimismo” y la persona pone en marcha mecanismos de afrontamiento, tales como la recogida de información sobre su caso concreto y la reorganización de su estilo de vida; también se ve reflejado en los resultados de las pacientes que reportaron tener más de 1 año de diagnóstico, pues arrojaron los niveles de ansiedad más bajos de toda la muestra.

En cuanto a la correlación de Pearson aplicada entre el puntaje total de depresión con el tiempo de diagnóstico el resultado no mostró una asociación lineal significativa entre ambas variables ($r = -.163$), se infiere que la depresión es un estado que puede depender de diversos factores contextuales y personales (estilos de afrontamiento, patrón de conducta, redes de apoyo, atención psicosocial por parte del personal de salud) que interfieren con mayor fuerza en la presencia de dicha variable, aun así no se descarta la posibilidad de alguna relación (no lineal) entre las variables analizadas. También se realizó un estudio por medio de tabla cruzada para observar la tendencia entre los niveles de sintomatología depresiva con el tiempo de diagnóstico.

Al igual que en la variable de ansiedad, las pacientes que reportaron contar con menos de 6 meses de diagnóstico presentan mayor incidencia en niveles de depresión mínima a leve (24%) y un 8% de depresión mayor, este dato es comprensible de acuerdo con Smith (2014) pues señala que una respuesta normal ante un diagnóstico de cáncer suele ser la considerable carga psicológica en respuesta al estrés emocional y tristeza no patológica frente a un evento que cambia la vida. En cuanto a las pacientes de 6 a 12 meses y de 1 a 2 años ambas presentaron igualdad de porcentaje (20%) en niveles bajos de depresión, al respecto, en un estudio similar realizado por Bardwell y Fiorentino (2012) mencionan que las pacientes con cáncer de mama presentan tres veces más probabilidades de usar antidepresivos durante el primer año tras el diagnóstico, una respuesta de estrés que vaya más allá de los mecanismos de supervivencia en este tipo de pacientes pueden resultar en otras alteraciones como el trastorno depresivo mayor, ya que la depresión es una enfermedad que toma mayor fuerza cuando acompaña a algún otro padecimiento como es el cáncer. Sin embargo, a

diferencia de estos datos, los resultados de la muestra reportaron que las pacientes con más de 2 años con el diagnóstico presentan los porcentajes más bajos de ambos niveles de depresión (14 y 2% respectivamente).

En cuanto a los resultados entre el tipo de tratamiento y los niveles de ansiedad, la quimioterapia alcanzó los mayores porcentajes en niveles de ansiedad tanto mínima a leve como moderada a severa (32 y 20% respectivamente), por otra parte, la radioterapia y Trastuzumab presentaron el mismo porcentaje de ansiedad mínima a leve (20%), cabe mencionar que la terapia Trastuzumab no presentó niveles de ansiedad de moderado a severo, en cambio, la terapia hormonal a pesar de no indicar niveles de ansiedad bajos, presenta un 2% en nivel de ansiedad moderado a severo.

En los datos obtenidos de los niveles de depresión con el tipo de tratamiento se encontró que los porcentajes más altos para los niveles de depresión leve a mínima y moderada a severa se presentan en el tratamiento de quimioterapia (34 y 18% respectivamente) seguido por la radioterapia que presenta 24% de depresión en niveles bajos y Trastuzumab con un 16%, y por último, la terapia hormonal con 2% en niveles de depresión mínima a leve.

Tanto en la ansiedad como en la depresión se puede apreciar que el tratamiento de quimioterapia tiene los mayores puntajes en los niveles de ambas variables. Resultados similares se reportan en el estudio de Mansoor y Jehangir (2015) entre pacientes que reciben quimioterapia en conjunto, el 15,8 por ciento de los pacientes señalaron tener niveles significativos de ansiedad, mientras que el 26,8 por ciento tenían sintomatología grave de depresión.

Al respecto, la *American Cancer Society*, (2012) señala que los medicamentos de quimioterapia destruyen a las células cancerosas, pero también dañan a algunas células normales, lo que causa efectos secundarios aversivos como náuseas y vómitos, falta de apetito, caída del cabello, llagas en la boca, diarrea, además de problemas infecciosos y de sangrado; aunado a esto, existe evidencia que a corto plazo se relacionan los efectos secundarios como una “señal

de no curabilidad” en las pacientes y se produce un aumento considerable de los problemas psicológicos, sociales e incluso sexuales de las mujeres que reciben quimioterapia (Gómez & Reboreda, 2014), esto mismo podría explicar la tendencia de tener los niveles más altos de depresión en este tipo de tratamiento.

Continuando con la línea del tipo de tratamiento, la radioterapia, secunda en ambas variables la incidencia de presencia sintomatológica, tanto en niveles altos como bajos; de acuerdo con Gómez y Reboreda (2014) se considera que los posibles factores asociados a estos resultados surgen del temor a que “la máquina” no funcione correctamente y otros pensamientos desagradables como “la radiación puede ser dolorosa”, sin embargo, se puede inferir que la radiación obtuvo puntajes más bajos en comparación con el tratamiento de quimioterapia debido a que el aparato de radiación sólo se centra en “atacar” la zona con el tumor, el procedimiento además, es indoloro, y sus efectos secundarios en ocasiones con algunos pacientes no se presentan, en cambio, la quimioterapia suele ser más agresiva ya que al ser un medicamento llega a todos los rincones del organismo y sus efectos secundarios son mucho más diversos y aversivos (Cubedo, 2015), otro factor a considerar es que conforme pasan los días, las pacientes se dan cuenta que algunas cosas que pensaban acerca de las radiaciones y del lugar donde recibirían el tratamiento no eran ciertas, lo que podría contribuir a disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva, como concluye el estudio de Ornelas-Mejorada (et al., 2011).

A pesar de que la presente investigación no incluyó la medición y análisis del tipo de afrontamiento y los patrones de conducta (especialmente el Tipo C relacionado a los pacientes con cáncer) de las participantes de este estudio, se considera de gran importancia rescatar la información de ambos conceptos y aplicar algunas inferencias a esta muestra en particular.

Ambos factores influyen de manera decisiva en la evolución del tratamiento, la CV, y determinan el incremento o disminución de los niveles de ansiedad y la depresión en los pacientes con cáncer (Karayurt et al., 2013; Porro

et al., 2012) además de que su conocimiento puede predecir el desenvolvimiento y adaptación al proceso de la enfermedad, constituyen una aportación decisiva para diseñar y mejorar cauces de prevención e intervención terapéutica para los pacientes oncológicos.

Empezando con las estrategias de afrontamiento el estudio realizado por Del Mar Gonzáles y colaboradores (2001 como se citó en García-Viniegras & Gonzáles, 2007), aportó que un uso más frecuente de estrategias de búsqueda de apoyo social, solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, se acompañan de menores niveles de ansiedad y depresión, y actúa como un factor protector contra el estrés en las mujeres con cáncer de mama. En cambio, otra investigación realizada por Llull y colaboradores (2003) aportó que las estrategias de evitación hacia el cáncer correlacionan negativamente con la percepción de la CV lo que refleja un indicador que expresa cierta tendencia de pensamientos activadores de ansiedad que por ende pueden aumentar el nivel de depresión de las mujeres de esta muestra. De los resultados arrojados en el presente estudio se observó que la muestra tiende a correlacionar los factores *Subjetivo y Autonómico* de la ansiedad con el nivel de depresión, esto refleja que ante la presencia de pensamientos y emociones catastróficas aumenta ambas variables en las participantes, pareciera más probable que las mujeres de este estudio actúen con un afrontamiento centrado en la emoción puesto que están directamente relacionadas a sus prejuicios y pensamientos catastróficos de la enfermedad, sin embargo, la búsqueda de apoyo social y el acompañamiento activo de sus redes de apoyo (familia, amigos, cuidador primario) son componentes que están muy presentes dentro de la cultura y el contexto de estas mujeres, cabe mencionar que el 26% identificó a más de un cuidador primario a su cargo, otro componente importante a considerar es el papel que juega la madre mexicana dentro del entorno familiar y social (94% de la muestra es madre), si bien podría activar el afrontamiento centrado en el problema al centrarse en cualquier acción que mejore y ayude con el proceso y la eficacia del tratamiento de cáncer debido a la responsabilidad y el conocimiento de saberse un “pilar” fundamental para su familia, el cuidado de sus hijos, sus responsabilidades morales y de la casa o el

trabajo pueden afianzar la tendencia hacia un afrontamiento centrado en el problema, sin embargo, varios autores coinciden que esto dependerá del entorno familiar, sociocultural, creencias espirituales y de personalidad con las que cuente el paciente (García & Gonzáles, 2007). Aun así, se puede inferir que existe mayor probabilidad de encontrar estrategias de búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y expresión emocional en las mujeres que conformaron esta muestra, debido a factores propios de la cultura, como la religión, la unión familiar y social, así como la ideología de género, dichos componentes pueden contribuir a obtener un mejor ajuste psicológico del cáncer a largo plazo, y disminuir los niveles de ansiedad y depresión.

En cuanto a los patrones de conducta, el PCTC ha sido relacionado tanto en la iniciación como progresión y recurrencia del cáncer. Es un tipo de conducta que describe personas sufrientes y preocupadas por los demás, su estilo verbal es blando y cooperativo, dependen emocionalmente de la aceptación de los otros presentan una tendencia al autosacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con personas de su entorno y acostumbran presentar de forma clínicamente enmascarada estados de ansiedad y depresión.

Otro componente importante que puede influir con mayor fuerza es el rol de género que tienen las pacientes de este estudio, recordando que la media de edad de este estudio fue de 54.78 años, y la mayoría reportó estar casada, el papel a desempeñar se sigue manteniendo con una actitud pasiva, abnegada y sacrificada por la familia. Las conductas consideradas como masculinas (actitud activa y de poder, tomar la iniciativa, manifestar enojo) pueden llegar a ser mal vistas e incluso suprimidas por la muestra de este estudio. La crianza familiar y el entorno cultural moldean y enseñan a enfrentarse a las dificultades inevitables, estresores y posibles acontecimientos traumáticos, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. Lo que sin duda representa un factor de riesgo y vuelve vulnerable a esta población.

Conclusiones

De acuerdo con el objetivo general de esta investigación que consistió en relacionar los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con cáncer de mama del Hospital General de Pachuca Hidalgo, se encontró lo siguiente:

Las características sociodemográficas de la muestra de este estudio poseen una importante relación en la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Entre los componentes sociales de mayor frecuencia en las participantes se reportó una media de edad de 54.78 años, la mayoría (más del 90%) reportó estar casada y con hijos, todas son mujeres nacidas en México, hidalguenses. Aunado a esto, más de la mitad de las muestra se dedica completamente al hogar, y tan sólo 5 mujeres, refirieron que cuentan con un empleo formal. Como se pudo observar en los numerosos estudios citados a lo largo de la presente investigación (Finck & Forero, 2011; Hill et al., 2011; Karayurt et al., 2013; Stafford et al., 2015), las mujeres suelen ser más susceptibles a las variables psicofisiológicas, morales y sociales que conlleva un diagnóstico y tratamiento de cáncer, en particular, las mujeres cuya labor es el quehacer domestico se ven expuestas al aumento de sensación de “inutilidad” debido a los efectos secundarios y el cansancio general de los distintos tipos de tratamiento del cáncer mamario, sumado al aumento de ansiedad derivada de la preocupación por el curso de la enfermedad, temor a la muerte, preocupación por los miembros en la familia (en especial de los hijos), pensamientos catastróficos del futuro y el desconocimiento de la propia enfermedad.

Posibles redes de apoyo son el sistema familiar y social en el que están inmersas las participantes de esta muestra, son un factor decisivo en la mejora de CV, y disminución de los efectos psicológicos adversos, el estrés por la enfermedad y la esperanza que a su vez promueven una mejor recuperación física y mental de las pacientes, cabe mencionar que los resultados de este estudio arrojaron que el rol del cuidador primario mayormente identificado fue en la pareja, los hermanos e hijos comparten el mismo número de menciones, afortunadamente también se identificó a más de un cuidador primario, y solo un

porcentaje muy bajo mencionó no tener cuidador alguno a su cargo, de las mujeres incluidas en este rubro existe un factor de riesgo clave pues cuando no se cuenta con una red de apoyo la situación del paciente es visiblemente deteriorada.

En cuanto a los datos referentes al cáncer, se concluye que el tipo de tratamiento, con mayor aversión y niveles de depresión y ansiedad lo tiene las pacientes que reciben quimioterapia debido a los efectos secundarios adversos de estos medicamentos, seguido de la radioterapia en los primeros 6 meses de haber sido confirmado el diagnóstico se reportaron mayores niveles de ansiedad muy probablemente por el temor a la “maquina”, sin embargo conforme se expone a este tratamiento los prejuicios y creencias negativas pueden disminuir considerablemente, además de que este tratamiento es indoloro y sus efectos secundarios en algunos pacientes no se manifiestan.

Cabe destacar que el tiempo de diagnóstico y los niveles de ansiedad y depresión fueron disminuyendo considerablemente a mayor transcurso con el diagnóstico de la enfermedad, esta situación puede analizarse desde los tipos de afrontamiento, redes de apoyo, características culturales y sociales de las mujeres de la muestra, sin embargo, también se observa que dichos resultados son parte de las fases de adaptación a un proceso de tratamiento oncológico, ya que después de aceptar su nueva condición, se manifiestan los recursos personales del paciente.

Se recalca la importancia de implementar un programa de intervención psicosocial que ayude en el afrontamiento y desarrollo de habilidades emocionales y conductuales para las pacientes que presenten cáncer de mama, ya que en muchos casos la falta de información, la desconfianza en el personal de salud, la falta de redes de apoyo y escasos recursos personales transforman a muchas mujeres en una población vulnerable y con mayor índice de no adherencia al tratamiento, aumentando su tasa de mortalidad

En cuanto a los resultados arrojados por las variables consideradas en este estudio se encontró que más de la mitad de la muestra arrojó tener un nivel que va

de *Leve* a *Severo* de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck. La variable depresión en menor o mayor medida se encuentra presente en la mayoría de las pacientes de este estudio. Lo que refleja una señal de vulnerabilidad y necesidad de apoyo y atención para tratar con la sintomatología depresiva de estas mujeres.

En el análisis de la variable ansiedad, de los cuatro factores en que se divide el BAI el *subjetivo* presentó las máximas puntuaciones por encima de los otros factores, mostrando que dentro de la muestra de este estudio existe una relación significativa entre los pensamientos catastróficos, emociones y conductas desatadas de los mismos y el nivel de ansiedad de las pacientes. Además se correlacionó los factores del Inventario de Ansiedad de Beck con la puntuación total de Depresión, arrojando una correlación estadísticamente significativa con los factores *Subjetivo* y *Autonómico*, lo que representa que ante el aumento de dichos factores de ansiedad en las pacientes también se elevará el nivel de depresión.

Finalmente, en la puntuación del total de Depresión y la puntuación total de Ansiedad de la muestra los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables. Este resultado concuerda con los diversos estudios citados a lo largo de este trabajo.

A manera de conclusión y propuesta se hace hincapié en la importancia y necesidad de implementar un programa basado en un modelo de intervención biopsicosocial para ayudar a las mujeres con cáncer de seno del hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo y sobre todo de las que se perciban carencia de recursos tanto sociales y personales en particular.

Limitaciones y sugerencias

Durante la realización de este trabajo se enfrentó diversas limitantes:

- De primera instancia la mayoría de las instituciones públicas y privadas del estado no cuentan con un fácil acceso para realizar investigaciones. Dificultado el avance científico en pro del bienestar y la mejora de servicios de salud a través de estos estudios.

- Existe dificultad para abordar a la población hospitalaria ya sea por las condiciones de salud propias de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos, en muchas ocasiones algunas pacientes preferían no contestar los instrumentos.
- Relacionadas con las participantes del estudio, en muchas ocasiones las participantes no terminaban de contestar los instrumentos. Lo que produjo la reducción del número de la muestra a estudiar
- No se contó con un espacio con condiciones adecuadas para aplicar los instrumentos.

Se sugiere:

- Para futuras investigaciones ampliar la muestra y comparar algunas variables sociodemográficas como la edad, estado civil e incluir un estudio de tipo cualitativo que aborden los factores socioculturales de las pacientes y su relación con la calidad de vida así como la calidad de la atención psicosocial del personal del hospital.
- De igual manera se sugiere correlacionar otras variables como el estrés, estilo de afrontamiento, patrones de conducta y cuidadores primarios de las pacientes, entre otros, para ampliar la visión de los factores que pueden afectar el trascurso de la enfermedad y aquellos que pueden aumentar el índice de supervivencia de esta población.
- El diseño del estudio es otro rubro que es importante considerar a futuro, ya que un diseño de corte longitudinal serviría para determinar si hay cambios en los niveles de depresión, y ansiedad de las pacientes con cáncer de mama y su evolución a lo largo de la enfermedad.
- A partir de los resultados se sugiere la implementación del modelo biopsicosocial de la Psicooncología que concibe el cáncer como un proceso multifactorial e interdisciplinario. Con el fin de tratar las consecuencias psicológicas y aspectos emocionales de las pacientes y poder fortalecer su adherencia al tratamiento, calidad de vida, y disminuir la morbilidad.

- Un factor determinante para que la depresión y la ansiedad aumenten es el apoyo social, por tanto se sugiere un plan de intervención que incluya acercamiento, actividades conjuntas de apoyo emocional y social entre las pacientes y sus familiares con el fin de formar un factor protector para esta población vulnerable.
- Al igual que lo anterior el seguimiento y consultoría individual por parte del personal de salud, durante el diagnóstico y tratamiento, disminuye el riesgo de ansiedad y depresión, si bien no es viable por el momento asignar un enfermero o médico particular a cada paciente con cáncer, se recomienda impartir psicoeducación para que la calidad del trato psicosocial hacia los pacientes mejore y exista un cambio positivo en la percepción del ambiente hospitalario.

Referencias

- Abraham, K. (1911). Psycodinamic Theory of Depression; en Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión, *Anales de Psicología*, 6(1), 35-58
Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T & Sandín (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Uned*, 2(3), 221-22.
- Acinas, P. (2014) Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatria Biológica*, 21(2). DOI: 10.1016/j.psiq.2014.05.003
- Aguilar, M., Mur, N., Neri, M., Pimentel-Ramírez, M., García-Rillo, A., & Gómez, E. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371-379.
Recuperado de EBSCO:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=23&sid=2c5241f5-528325a652c5caea%40sessionmgr4005&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZW hvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=100430980&db=zbh>
- Alberdi, J., Castro, C., Taboada, O., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11).
Recuperado de:
www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf
- Almonacid, V. (2003) Reacciones emocionales en cáncer: adaptación v.s psicopatología. *Revista de Psicología*. Universitas Tarraconensis; 15 67-80.
- Amaya, A., & Parra, E., (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(1).

American Cancer Society (2011). Qué es metástasis. Recuperado de:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/metastasisenhuesos/guiadetallada/metastasis-en-los-huesos-treating-systemic-treatments1>

American Cancer Society. (2013). El cáncer afecta su salud emocional. Recuperado de:
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/la-ansiedad-el-miedo-y-la-depresion-cancer-and-your-emotional-health>

American Cancer Society. (2014). *Cáncer de Seno* (mama). Recuperado de:
www.cancer.org/cancer-de-seno-pdf

American Cancer Society. (2014). *Tipos de cáncer de seno*. Recuperado de:
www.cancer.org/cancer-de-seno-pdf

American Cancer Society. (2015). ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de seno? Recuperado de:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-seno-causes-what-causes>

American Psychological Association. (2010). Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. Recuperado de:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2015). *Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo*. Recuperado de
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/cancer-de-mama.aspx>

American Society of Clinical Oncology (2014). *Cáncer de mama: Diagnóstico*. Recuperado de:
<http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/diagnostico>

American Society of Clinical Oncology. (2015). *La atención del paciente con cáncer en el hogar*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/servicios/cuidadoresdelasalud/fragmentado/la-atencion-del-paciente-con-cancer-en-el-hogar-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-care-at-home-pain>

American Society of Clinical Oncology (2015). *Cáncer de mama. Efectos secundarios*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/la-fertilidad-en-las-mujeres-con-cancer-intro>

Anarte, M., López, E., Rampirez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología: Servicio de publicaciones en la Universidad de Murcia*, 16 (2), 133-141. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/03-16_2.pdf

Angarita, F., & Acuña, S. (2008). Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. *Universitas Médica*, 49(3), 344-372.

Ansonera, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 16, 33-37.

Arce, C., Lara, F., Alvarado, A., & Zinder, J. (2010). Cáncer de Mama. En Granados, M. & Herrera, A. (Eds.), *Manual de Oncología: Procedimientos Médico Quirúrgicos*, p.p 690-729. México: McGraw Hill

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos de ansiedad. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-V* (129-145). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Asociacion Española Contra el Cancer. (2011). *Cáncer de mama* . Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas.aspx>

Asociacion Española Contra el Cancer. (2013). *Diagnóstico precoz* . Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/diagnosticoprecoz.aspx>

Asociacion Española Contra el Cancer. (2016). *Sobre el cancer. Posibles causas*. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Posiblescausas.aspx>

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, (2014). *Los tiempos cambian: enfermedades sexuales que dejan de serlo*. Recuperado de: <http://www.amssac.org/los-tiempos-cambian-enfermedades-sexuales-que-dejan-de-serlo/>

Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión, *Anales de Psicología*, 6(1), 35-58
Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf

Aydogan, U., Doaner, Y., Borazan, E., Kömürçü S., Koçak, N., Öztürk, B.,...
Saglam, K. (2012) Relationship between depression and anxiety levels and attitudes of coping with disease in cancer patients. *Türk Aile Hek Derg*, 16(2), 55-60. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1b9115bf-afc6-40d5-80b0-cb1172fee551%40sessionmgr115&vid=4&hid=106>

Baider, L. (2003) Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(3), 505-520
Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf

- Bandrés, F., & Delgado, S. (2012). Cáncer de mama, trabajo y sociedad. *Observatorio Europeo de Cáncer de Mama*. Recuperado de http://www.institutoroche.es/web/pdf/2012/cancer_mama/cancer_mama_completo.pdf
- Bardwell, W., & Fiorentino, L. (2012). Risk factors for depression in breast cancer survivors: *International Journal of clinical psychology*, 12(2) pp. 311-331. Recuperado de la base de datos EBSCO: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2c5241f5-5283-4d07-9464-25a652c5caea%40sessionmgr4005&vid=20&hid=4107>.
- Beck, A. (1983) Cognitive model of depression; en Muñoz, R., Aguilar-Gaxiola, S. & Guzmán, J. (1995). *Manual de Terapia Individual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de Depresión*. (pp.2-67) California: RAND.
- Beck, A. (1978) Cognitive model of depression; en *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. (2013), 5(19). Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>
- Belloch, A. (2009). Manual de psicopatología II. Recuperado de http://www.academia.edu/11982489/Manual_de_psicopatolog%C3%ADa_I_I_Amparo_Belloch_-_Bonifacio_Sand%C3%ADn_-_Francisco_Ramos._Volumen_II
- Bellver, A. (2008). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Revistas Científicas Complutenses*. Psicooncología, 4(1). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120133A>
- Blanco, R., (2010). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index de enfermería*, 19(1) ISSN 1699-5988.
- Boehringer Ingelheim México, (2014). ONG lanzan campaña para cambiar percepción negativa del cáncer. Recuperado de: <https://www.boehringer->

ingelheim.mx/nota-prensa/ong-lanzan-campana-para-cambiar-percepcion-negativa-del-cancer

Breastcancer.org (2016). Autoexploración mamaria. Recuperado de: <http://www.breastcancer.org/es>

Burns, D (Eds.). (2006) *Adiós, Ansiedad*. Barcelona, España: Paidós

Canicali, C., Nunes, L., Pires, P., Costa Leite, F.M., & Costa Amorim, M.H. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 11(28), 52-62. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400005&script=sci_arttext

Carrillo, J. (2014). *Aspectos Psicosomáticos en el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de la base de datos TESIUNAM.

Carrillo, M., Rojas, S., López, J., & Valdez, N. (2008). Factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres en edad fértil. *Revista de investigación en Ciencias de la Salud*, 3(1), 25-31. Recuperado de http://www.uv.mx/veracruz/iimb/files/2012/11/Vol.3No.1.Enero-Junio_2008.pdf#page=25

Carvalho de Matos, J., Pelloso, S., & Barros Carvalho, M. (2010). Prevalencia de factores de riesgo para el cáncer de mama en el municipio de Maringá, en el estado de Paraná, Brasil. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18(3), 352-359.

Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10(2) pp. 245-257.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2013). *¿Cómo se diagnostica el cancer de mama?*. Recuperado de http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm

Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1) pp. 131-140. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80511492010.pdf>

Cerneiro, A., Fernandes, F., & Moreno, R. (2015). Hamilton depression rating scale and montgomery–asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(42). 2-8. DOI: 10.1186/s12955-015-0235-3

CIE 10. (2014). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Coleman, M., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J., De Angelis, R., Capocaccia, R., & Young J. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD), 9(8):730-56. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70179-7.

Coolican, H. (2006). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual Moderno

Conde, C., Orozco, L., Báez, A., & Dallos, M. (2009). Aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 38(2) 262-278.

Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. (2013). Recuperado de: <file:///C:/Users/Ang%C3%A9licaJanneire/Downloads/FINAL+FOLLETO+CONSENSO+SIN+LOGOS.pdf>

Cumpián-Loredo, B. (2000). Conocimiento sobre detección oportuna de CaCu y mamario. *Revista Enfermedad Instituto Mexicano del Seguro Social*, 8(3), 129-132. Recuperado de:

https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistaenfermeria.imss.gob.mx%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D261%26Itemid%3D&ei=WZPyU4fuLpHxoASG5IDYCw&usg=AFQjCNEQ-KYIgfRPfNVhO_oKudBX2EUUMw&sig2=PfbmSc1FMu41Q373C9wjcg

De la Serna, J. (2014) ¿Cómo afecta la quimioterapia en relaciones de familia y pareja? *Revista de salud y bienestar*, 7(14). Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/familia-y-pareja/como-afecta-la-quimioterapia-las-relaciones-de-pareja-y-familia-62>

Díaz, L., Campo, A., Rueda, G., & Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colombia Médica*, 36(3), 168-172. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a5>

Ellis, A., (1955). Theory of Cognitive Distortion; en Muñoz, R., Aguilar-Gaxiola, S. & Guzmán, J. (1995). *Manual de Terapia Individual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de Depresión*. (pp.2-67) California: RAND.

Eskelinen, M., & Ollonen, P. (2011). Assessment of 'Cancer-prone Personality' Characteristics in Healthy Study Subjects and in Patients with Breast Disease and Breast Cancer Using the Commitment Questionnaire: A Prospective Case–Control Study in Finland. *Anticancer Research*, 31: 4013-4018. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110235>

Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3) pp. 169-180.

Finck, C., & Forero, M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 7-28. Recuperado de:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/10610>

Forgach, E., Sánchez, C., & Erazo, M. (2015). Cáncer de mama actualidades y controversias. México: *ALFIL*. Recuperado de: <http://editalfil.com/312-cancer-de-mama-actualidades-y-controversias.html>

Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Revistas Científicas complutences*. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>

Fuentes, A., & Lacayo, C. (2009). Calidad de Vida, Estrés y Estilos de Afrontamiento, en Pacientes con Cáncer Mamario, en El Hospital España, Departamento de Chinandega. Tesis monográfica. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua UNAN- LEON.

García-Viniegras, C., & González, M. (2007) Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología Latinoamericana*. 25(1), pp. 72-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902508.pdf>

Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. (2010). Calidad de Vida y cáncer de mama: Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.

Galindo, O., Castillo, E., Meneses, A., Aguilar, J., & Alvarado, S. (2016). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y salud*. 26(1) pp. 43-49.

Galloway, S. K., Baker, M., Giglio, P., Chin, S., Madan, A., Malcolm, R., & Borckardt, J. (2012). Depression and Anxiety Symptoms Relate to Distinct Components of Pain Experience among Patients with Breast

Cancer. *Pain Research and Treatment*, 1(4). Recuperado de la base de datos EBSCO.

Gil, J., López, F., Rebollo, F., Urtillas, A., & Minguillón, A. (2010). Cáncer de mama y mastectomía: Estado Actual. *Cirugía española*, 69(1), 56-65. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X01716879>

Gómez, J., Altagracia, M., Kravzov J., Cárdenas, R., & Rubio, C. (2008). Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39(3), 58-70.

Gómez, G., & Reboreda, A. (2014). Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html>

González, A. (2015). *Las 3 fases psicológicas tras recibir un diagnóstico de cáncer*. Recuperado de <http://ariadnagonzalezpsicologa.es/las-3-fases-psicologicas-tras-recibir-un-diagnostico-de-cancer/>

González, M., Salas, R., Sosa, M., Barrientos, C., Hernandez, C., Contreras, D., & Sánchez, A. (2013). Female breast symptoms in patients attended in the family medicine practice. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 558-561. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=21ed1d43-0be8-4983-aa83-2e3f50426457%40sessionmgr4001&vid=16&hid=4214>

Guerra, M., Ferri, C., Libre, J., Prina, M., & Prince, M. (2015). Psychometric properties of EURO-D, a geriatric depression scale: a cross-cultural validation study. *BMC Psychiatry*, 15(12) 2-14. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=73ca9659-daa0-4ead-9877-2dc9e35e7ce9%40sessionmgr4005&vid=12&hid=4214>.

- Grup Manchón. Centro radiológico por la Imagen (2016). *Autoexploración mamaria*. Recuperado de: <http://www.grupmanchon.com/es-grup-manchon-diagnostico-imagen-barcelona-procedimiento-tecnica-autoexploracion-mamaria.html>
- Hales, R., & Yudofsky, S. (2004) *Tratado de psiquiatría clínica*. pp. 117-119. Barcelona, España: Massson.
- Harris J., Morrow, M., & Norton, L. (2000). Tumores Malignos de la mama. En De Vita, V., Hellman, S. & Rosenberg, S. (Eds.) *Cáncer. Principios y Práctica de oncología*. 2 p.p 1557-1604. Madrid: Panamericana.
- Hernández, M. (2011). La personalidad Tipo C como predictor de enfermedades Oncológicas. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación 5ta Ed. México: McGrawHill.
- Hernández, F., & Landero, R., (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a09.pdf>
- Hickok, J., Morrow, G., & Roscoe, J., (2008) Occurrence, Severity, and Longitudinal Course of Twelve Common Symptoms in 1129 Consecutive Patients During Radiotherapy for Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. (30) 15
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S., & Salmon, P. (2011). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological Medicine*, 41, pp 1429-1436. Doi: 10.1017/S0033291710001868.

Hospital Universitario Rómon y Cajal. (2013). Protocolo de cáncer de mama. Unidad de patología mamaria. Recuperado de: http://www.seoq.org/docs/protocolo_cancer_mama_huryc.pdf

Instituto de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2013). Modelo para la detección, diagnóstico y referencia del Cáncer de mama.

Instituto Nacional de Cáncer. (2014). *El estrés psicológico y el cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/estrés>

Instituto Nacional de Cáncer. (2015). *El cáncer. Tratamiento del cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios>

Instituto Nacional de Cancerología (2011). *ONCO guía*. Recuperado <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Las mujeres en Hidalgo. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/La_mujer_Hid.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Estadísticas a propósito de día mundial contra el cáncer datos de Hidalgo*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/cancer13.pdf>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente. (2013). El DSM-5: Cambios en la clasificación y en los criterios diagnósticos. *Boletín de información clínica*, 24 (8), 79-81. Recuperado de [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fbic.edilaser.net%2Fes%2Fpdf%](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fbic.edilaser.net%2Fes%2Fpdf%2F)

2F2408%2F08_BIC_Agosto_2013_p79-82.pdf&ei=_x_sVNDNGsKrgwSymYSACA&usg=AFQjCNH291Gfc4am4wr_L7VXg3XopZe_Tw

- Janusewzki, A., & Stebbing, J. (2013). Ethnic variation in breast cancer incidence and outcomes—the debate continues. *British Journal of Cancer*, *110*, 4-6 DOI:10.1038/bjc.2013.775.
- Kalender, E., Buyukhatipoglu, H., Balakan, O., Suner, A., Dirier, A., Sevinc, A.,... Camci, C. (2014). Depression, anxiety and quality of life through the use of complementary and alternative medicine among breast cancer patients in Turkey. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, *10*, 962-966. DOI: 10.4103/0973-1482.138010 Recuperado de la base de datos EBSCO.
- Karayurt, O., Uğur, O., Tuna, A., Günüşen, N., & Çıtak, E. (2013). The effect of personal counselling on anxiety, depression, quality of life and satisfaction in patients with breast cancer. *The journal of Breast Health*. *9*, 135-143 DOI: 10.5152/tjbh.2013.20
- Kawamura, N., Kim, Y., & Asukai, N. (2001) Suppression of cellular immunity in men with a past history of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. *158*:484-6.
- Kern, E., & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, (9) DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916
- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornela, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, *5*(2), S335-S344.
- Knobf, M., & Sun, Y., (2009). A longitudinal study of symptoms and self-care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. *Cancer Nurs*.

- Labra, L., & Sandoval, A. (2014). Factores de riesgo asociados al cáncer de mama y cérvico-uterino (patrón de conducta tipo C, afrontamiento del estrés y barreras socioculturales) en mujeres de Pachuca, Hidalgo. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Lazarus y Folkman, (1985) Estilos de Afrontamiento; en Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Revistas Científicas complutences*. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>
- Legelen, V. (2014). Desde la Perspectiva de la Psico-oncología: Calidad de Vida en Pacientes en Etapa Terminal. Universidad de la República de Uruguay. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/desde_la_perspectiva_de_la_psicooncologia_calidad_de_vida_en_pacientes_en_etapa_terminal_-_valery_legelen.pdf
- LeShan, L. (2009). Mobilizing the life force. Sounds True Inc.
- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., Barroetavena, M., Yi, D., & Doll, R. (2009). The Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN): Further validation and normative data. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7. doi:10.1186/1477-7525-7-16
- Linden, W., Vondermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.025
- Lizondo, G., Montes, N., & Jurado, F. (2005). Enfoque cognitivo de la depresión. *Revista paceña de medicina familiar*, 2(1), 50-52.
- Lockfeer, J., & De Vries, J. (2013). What is the relationship between trait anxiety and depressive symptoms, fatigue, and low sleep quality following breast

cancer surgery?. *Psycho-Oncology*, (2), 1127–1133. DOI: 10.1002
Recuperado de la base de datos EBSCO.

Lugones, M., & Ramírez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 160-166.

Luna, J. A. (2002). La soledad, la depresión y el vacío existencial: males de nuestro siglo. En Luna, J. A (Ed.) *¿Soledad y depresión?* (pp. 15-16). Bogotá: San Pablo.

Lluch, A., Almonacid, V., & Garcés, V. (2004). Cáncer e imagen: el duelo corporal. Junta Asociada Provincial de Valencia de la AECC. Recuperado de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>

Lull, D., Zanier J., & García F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF* 8(2). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09.pdf>

Mansoor, S., & Jehangir, S. (2015). Anxiety, Depression in patients receiving chemotherapy for solid tumors. *Pakistanarmedforces medical journal*, 65 (1), 89-93. Recuperado de le base de datos EBSCO.

Mardomingo, M. (1994) Síndromes. En *Psiquiatría del niño y del adolescente* (p. 235). Madrid: Díaz de Santos, S. A.

Marnet, D. (2014). Mastectomía: consecuencias psicológicas. Recuperado de: <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/mastectomia-consecuencias-psicologicas-2512-mukoev.pdf>

Martínez-Basurto, A., Lozano, A., Rodríguez A., Galindo, O., & Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología, A.C.* Recuperado de: file:///C:/Users/Ang%C3%A9licaJanneire/Downloads/X1665920114278797_S300_es.pdf

Medina, X., & Alvarado, S. (2011). Psicooncología: una respuesta al malestar emocional del paciente oncológico. *Revista médica HJCA*, (2). 190-196

Metalsky, A., & Alloy, (1978). Theory of hopelessness; en Rosselló, J., & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as, *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302
Recuperado de:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>

MC Anderson Cáncer Center de Madrid España (s/a). Posibles efectos secundarios del tratamiento del Cáncer. Recuperado de:
<http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/posibles-efectos-secundarios-del-tratamiento-del-cancer>

Molina, C., Hernández, O. & Sarquis, Z. (2009). Patrón de Personalidad Tipo C y su relación con el Cáncer de Mama y Cérvico-uterino. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4), 171-187. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/15498/14729>

Montalvo, C. (2010). Biología Celular e Histología Médica. Tejido conjuntivo. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de medicina.
Recuperado de
http://histologiaunam.mx/descargas/ensenanza/portal_recursos_linea/apuntes/tejido_conjuntivo.pdf

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).
Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n4/003.pdf>

Miller, B., & Hen, R. (2015). The current state of the neurogenic theory of depression and anxiety. *Current Opinion in*

- Neurobiology*, 30. Recuperado de :
https://www.researchgate.net/publication/265852867_Miller_BR_Hen_R_The_current_state_of_the_neurogenic_theory_of_depression_and_anxiety_Curr_Opin_Neurobiol_30_51-58
- Murillo, M., & Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 92-110. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35s1/v35s1a07.pdf>
- Narod, S., & Rodríguez, A. (2011). Predisposición genética para el cáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2. *Salud Pública* 53,420-429.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R., & García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Revistas Científicas Complutenses. Psicooncología*. Recuperado de:
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130093A>
- National Cancer Institute (2009). Adjuvant and Neoadjuvant Therapy for Breast Cancer. Recuperado de <http://www.cancer.gov/types/breast/adjuvant-fact-sheet>
- National Institute of Health (2015). [Genetic causes of cancer](https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-cancer-institute-nci). Recuperado de:
<https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-cancer-institute-nci>
- National Institute of Mental Health. (2009). *¿Qué es la depresión?*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). *Pacientes oncológicos y la salud mental*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

- Organización Mundial de la Salud OMS. (2008). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2012). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2014). *World Cancer Report summary*. Recuperado de <http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcr-order.php>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Orjuela, B., Pimás, I., Culebras N., & Davidoch, C. (2005). Estrés y cáncer. Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer. *Psicología maresme*. Recuperado de <http://www.psicologiamaresme.com/descarga/Estresycancer.pdf>
- Ornelas-Mejorada, R., Tufiño, N., & Sanchez Sosa, J. (2012). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicológica UNAM*, 1(3) 401-414. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2007-48322011000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Páez, M., Luciano, M., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. [Psychological treatment for breast cancer. Comparison between acceptance based and cognitive control based strategies]. *Psicooncología*, 4, 75–95.
- Poblano-Verástegui, O., Figueroa-Perea, J., & López-Carrillo, L. (2004). Condiciones institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México*, 46(4), 294-305. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n4/21539.pdf>

- Porro, M., Andrés, M., & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Qian, F., Ogundiran, T., Hou, N., Ndom, P., Gakwaya, A., Jombwe J. ...Huo, D. (2014) Alcohol Consumption and Breast Cancer Risk among Women in Three Sub-Saharan African Countries. *Plos One*, 9(9), 1-12. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=03fe565c-430e-45bd-9de2-48ff2d5dcd90%40sessionmgr4002&vid=13&hid=4212>
- Rivas, R. (2013). Notas para el estudio de endodoncia. Unidad V: Diagnóstico. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/diagnostico.html>
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013) Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica de la unidad de Psicooncología*. Clínica las Condes. 24(4), 677-684.
- Robles, R. Morales, M., Jiménez, L., & Morales J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la efectividad y el soporte social, *Revistas Científicas Complutenses*, 6(1), Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*, 18(2), 211-218. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>
- Romero, M., Santillán, L., Olvera P., Morales, M., & Ramírez V. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(11), 667-72.

- Romond, E., Pérez, E., Bryant, J., Suman, V., Geyer, Jr. C., Davidson, N., Tan-Chiu, E., Martino, S. ...Wolmark, N.(2005).Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 353(16), 1673–1684.
- Rosselló, J., & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as, *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302 Recuperado de: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>
- Renganathan, L., Ramasubramaniam, S., Al-Touby, S., Seshan, S., Al-Balushi, A., Al-Amri, W... Al-Rawahi, Y. (2014). What do Omani Women know about Breast Cancer Symptoms?. *Oman Medical Journal*, 29(6), 408-413. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=21ed1d43-0be8-4983-aa83-2e3f50426457%40sessionmgr4001&vid=16&hid=4214>
- Reyes, D., Gonzáles, J.C., Mohar, A. & Meneses, A. (2011). Epidemiología del dolor por cáncer. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 18, 118-134
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16. Recuperado de SciELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157884232012000200002&script=sci_arttext
- Salaverry, O. (2013). La Etimología del Cáncer y su Curioso Curso Histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 137-141.
- Saleh, S. M. (2012). The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(2), 119-123. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b2d8aef4-17e4-413f-a4cf-40a25b9bc56d%40sessionmgr114&vid=0&hid=118>

- Sánchez-Domínguez, H., & Paz-Morales, M. A., (2008). Prevalencia de factores de riesgo para cáncer de mama en población urbana y rural. *Salud en Tabasco*, 12(2), 410-414.
- Sanfilippo, J., & Moreno, M. (2008). Seminario: El ejercicio actual de la medicina. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
- Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2004) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 18 (2014), 39-48. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e38d11b-ce03-4366-9852-6297cc12aa1d%40sessionmgr114&vid=4&hid=118>
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). Trastornos del estado de ánimo y suicidio. En *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (pp.337-340) México: PEARSON EDUCATIO
- Sebastian, J., Mateos, N., & Bueno, M. (2007). Expresión emocional y Personalidad Tipo C: diferencias entre mujeres con patología maligna, benigna y normal. Recuperado de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>.
- Secretaria de Salud. (2009). *Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

- Secretaria de Salud. (2011). Dirección general de evaluación del desempeño. - Observatorio del desempeño hospitalario 2011. Pp. 17-23. Recuperado de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH_2011.pdf
- Secretaria de Salud. (2015). *Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Seligman, M. (1975). Theory of learned helplessness; en Vázquez, C., & Polaino, A. (2007). La indefensión aprendida en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. Recuperado de <file:///C:/Users/Ang%C3%A9licaJanneire/Downloads/Dialnet-LaIndifensionAprendidaEnElHombre-65852.pdf>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividad*, 3(1), 23-24.
- Sirera, R., Sánchez, P., & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cancer. *Psicooncología*. 3(1), pp. 35-48.
- Smith, H. (2014), Depression in cáncer patients: Pathogenesis, implications and treatment (review). *Oncology letters*, 9.1509-1514. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=221d20fa-85c7-4177-8501-65d02a5e4561%40sessionmgr114&vid=20&hid=105>
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (2014). *Preguntas frecuentes sobre la ansiedad y el estrés*. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/index.htm>
- Schnoll, R., (2002), Processes of Change Related to Smoking Behavior Among Cancer Patients. DOI: 10.1046/j.1523-5394.2002.101009.x

- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010) Anxiety Disorders in Advanced Cancer Patients. *Wiley InterScience*, 116. doi: 10.1002/cncr.24954
- Stafford, L., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A., Mann, G., & Quinn, M. (2015) Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic cancer: prevalence, course and determinants of outcome. *EBSCO*. 23(8), p2215-2224. DOI: 10.1007/s00520-014-2571-y. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=17&sid=2c5241f5-5283-4d07-9464-25a652c5caea@sessionmgr4005&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGI2ZQ==#db=a9h&AN=103531576>
- Strongman, K. T. (1995) Teories of Anxiety. *New Zeland Journal of Psychology*, 23(3), 4-10. Recuperado de <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol242-1995-1-Strongman.pdf>
- Temoshok, L. & Heller, B. (1984). Behavior pattern type C; en Sebastian, J., Mateos, N. & Bueno, M. (2005). Expresión emocional y Personalidad Tipo C: diferencias entre mujeres con patología maligna, benigna y normales. Recuperado de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/expresion-emocional-personalidad-tipo-c.pdf>.
- Tescari, G., (2012). Resiliencia y acontecimientos vitales estresantes en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. *Dialnet*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=36381>
- Tinoco, A. (2012). Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes. *Espacios Públicos*, 15(33), 174-199.

- Torres-Arreola, L., & Vladislavovna, S. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (2), 157-166.
- Ussher, J., Perz, J., Gilbert, E., & Australian Cancer and Sexuality Study Team. (2015). Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC Cancer*, 15. Doi:10.1186/s12885-015-1243-8
- Usuche, M. (2008). Factores de personalidad relacionados con el Síndrome de Burnout a partir de los Tipos de Personalidad A, B y C. Tesis de Licenciatura. Área académica de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J., & Cortéz, S. (2011). Validación de la escala Kessler (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 34(4), 323-331. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a5.pdf>.
- Vázquez, J., López, S., & Martín, M. (2004) Linfedema. Manual de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica, Sección de cuidados continuos.379-90.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., & López, A. (2006). Evaluación del Patrón de Conducta Tipo C y su relación con la cognición 170 hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Revista Universitas Psychologica*, 5(3), 575-583. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750312>
- Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T., Galea S., & Bovbjerg D. (2015). Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *PLoS ONE*, 10 (6).doi:10.1371/ journal.pone.0129169

- Vodermaier, A., Lucas, S., Linden, W., & Olson, R. (2017). Anxiety After Diagnosis Predicts Lung Cancer–Specific and Overall Survival in Patients With Stage III Non–Small Cell Lung Cancer: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. (53). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.338>
- Wiesner, C. (2007). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana Cancerol*, 11(1), 13-22. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=49342&id_seccion=1161&id_ejemplar=4999&id_revista=92
- Whitaker, K., Scott, S., Winstanley, K., Macleod, U. & Warle J. (2014) Attributions of Cancer ‘Alarm’ Symptoms in a Community Sample. *Plos One*, 9(12).DOI:10.1371/journal.pone.01140
- World Cancer Research Fund International, (2012). *Breast cancer statistics*. Recuperado de: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>

Anexos

Anexo 1: Autorización del Hospital General de Pachuca para la aplicación de los Instrumentos



SECRETARÍA DE
SALUD



H
G
O

OFICIO No. EI /141
Pachuca., Hgo. a 14 de agosto del 2015

ASUNTO: Autorización para aplicar encuestas

DR. ALFONSO JORGE OJEDA ORTIZ
JEFE DE ONCOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
P R E S E N T E

Con atención a: Dra. Paola Torres Garcia

Por este medio, me permito informarle que tras haber efectuado revisión expedita del Protocolo titulado: "DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN PACHUCA, HIDALGO", y los anexos del mismo, se ha autorizado la aplicación de las encuestas con fines académicos a los alumnos del Seminario de tesis del área académica de Psicología, de la UEH, reservando en todo momento la debida confidencialidad en el manejo de la información

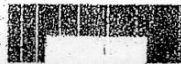
Sin otro particular reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E



DR. RAÚL CAMACHO GÓMEZ
PRESIDENTE DE LOS COMITÉS DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

RCG



Anexo 2: Formato de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Folio **Fecha**

Consentimiento informado para la aplicación del

Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Yo _____ por voluntad propia doy mi consentimiento para participar en la aplicación de los cuestionarios BDI y BAI que conduce la estudiante Angélica Janneire García López de la Licenciatura en Psicología como parte de una investigación con fines académicos bajo la supervisión del Doctor Arturo del Castillo Arreola, profesor investigador de tiempo completo del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo quién es responsable del proyecto denominado “Depresión y Ansiedad en mujeres con Cáncer de mama en Pachuca, Hidalgo.”

Recibí una explicación clara y completa de la naturaleza general y el propósito de los cuestionarios y la razón específica por la cual se aplica.

Estoy consciente de que se mantendrá la confidencialidad de mis datos y la información obtenida durante el estudio.

Firma del aplicador

Firma del participante



Anexo 3. Formato de encuesta sociodemográfico

Encuesta de datos sociodemográficos	1. FOLIO 2. FECHA
<p>Esta encuesta es de carácter confidencial, ninguno de los datos que proporcione será revelado a ninguna persona o institución y serán únicamente utilizados para los fines de este estudio.</p>	

1. **Edad:** _____
2. **Estado civil:** soltera____ casada _____ otro (Cuál)_____
3. **Tiene hijos:** si ____ no _____
4. **Número de hijos varones** _____
5. **Numero de hijas mujeres**_____
6. **Tipo de cáncer diagnosticado:** 1) Carcinoma ductal__ 2) Enfermedad de paget__
3) Carcinoma In-situ__ 4) Ductal invasivo__ 5) Carcinoma Lobulillar invasivo__ 6) Cáncer inflamatorio de seno__ 7) Tumor floides__ 8) Angiosarcoma__
7. **Tiempo de padecer la enfermedad:** 1) menos de 6 meses__ 2) de 6 a 12 meses__ 3) de 1 a 2 años__ 4) más de 2 años__
8. **Cuál es el tratamiento que recibe:** 1) Quimioterapia__ 2) Terapia hormonal__
3) Traztuzumab__ 4) Radiación__
9. **Alguien más de su familia padece esta enfermedad:** si_____ no_____
10. **Que persona mayormente está al pendiente o se preocupa por usted** (moralmente o acompañándola a las consultas, tratamiento, etc.) 1) padres____ 2) pareja____
3)hermanos__ 4)hijos____ 5)amigos____ 6)cuidador profesional ____ 7) nadie__
11. **Trabaja actualmente:** si____ no_____
12. **Horario de trabajo:** 1) matutino____ 2) vespertino____ 3) mixto____
13. **Tipo de trabajo:** 1) formal ____ 2) informal____
14. **Cuál es su ingreso mensual:** 1)menos de \$1000__ 2) de \$1000 a \$2000____ 3) de \$2000 a \$3000____ 4) de \$3000 a \$4000____ 5) más de \$4000____
15. **Ha recibido anteriormente apoyo psicológico:** si_____ no_____
16. **Durante cuánto tiempo:** 1) menos de 6 meses__ 2) más de 6 meses ____-
17. **Cuál es su lugar de residencia:** 1) Pachuca__2) otro municipio de Hidalgo__ 3) otro estado