



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica
que presenta la

Bachiller:

ROCIO SOTO BUSTAMANTE

(DORIS ARGUMEDO)

LIMA-PERÚ

2010



“Muerte, no te enorgullezcas/ no te creas poderosa y temible,/ puesto que nada de eso eres,/ porque a todos aquellos a los que creíste abatir no murieron./ Triste muerte, ni a mí podrás abatir/...

Muerte, no te enorgullezcas.../ tras un breve sueño/ despertaremos a la vida eterna/ Muerte, morirás/...”

(John Donne, 1896)

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Doris Argumedo, por su tiempo, paciencia y el apoyo brindado durante este tiempo, pero sobre todo por su minuciosidad y comentarios precisos, capaces de brindarme la confianza necesaria para seguir adelante en la elaboración de este trabajo.

A Cecilia Chau, por todo el soporte y orientación brindados a lo largo de este tiempo, en especial el interés y motivación compartidos por el campo de la psicología de la salud.

A Mónica Casarretto, por la revisión del trabajo y valiosos comentarios proporcionados a favor de su refinamiento.

A Lucía Barrenechea y Lourdes Ruda, por su contención y soporte proporcionados durante la fase de internado en el INEN.

A Giovanna Galarza por la ayuda y el apoyo brindado para acceder a la información y autorizaciones necesarias, para viabilizar el contacto con los pacientes participantes del estudio.

A Rosa Arguelles, Tomasa Agurto, Tarsila Siguas y mis compañeros del internado en el INEN, tanto de la primera como segunda fase, por su apoyo y compañía, pero sobre todo por su valiosa amistad y esas ganas compartidas de dar lo mejor como ser humano.

A mis padres, por toda su entrega, afecto, ejemplo de constancia y dedicación, gracias a ustedes por todo lo que soy y doy.

A mi hermana Rafaela, mi cuñado, mis sobrinas y mi pequeño Josué, por el cariño, las sonrisas y toda la confianza.

A mi hermana Mónica, por todo su cariño, motivación y apoyo incondicional, aún en la distancia, pero sobre todo por creer en mi sueño.

A todos mis amigos, en especial a los que me acompañaron de manera más cercana, y aquellos que fui conociendo en el camino de la realización de este sueño y pasión: Irma, Yeni, Silvia, Gino, Javier, Max, Malhy y Roxana, gracias por todo su afecto, contención y todos los momentos compartidos, son realmente muy importantes en mi vida.

Y por último, un agradecimiento muy especial a todos los pacientes del INEN, aquellos que aún siguen aquí y aquellos que partieron, gracias a ustedes por dejarse acompañar y dejarme acompañarlos, gracias por el aprendizaje mutuo y por transformar mi visión de vida.

RESUMEN

Sintomatología depresiva y Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

El presente estudio tuvo como finalidad describir la relación entre sintomatología depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento, en una muestra de pacientes con cáncer de mama. La muestra no probabilística estuvo conformada por 52 mujeres, pacientes de un instituto especializado en cáncer, cuyas edades fluctúan entre los 40 y 75 años. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). Los resultados revelaron una relación alta significativa entre *sintomatología depresiva* y el *estilo evitativo de afrontamiento* ($r = .53$, $p = .01$), y la estrategia *enfocar y liberar emociones* ($r = .55$, $p = .01$), así como una correlación mediana ($r = .33$, $p = .01$) entre dicha sintomatología y la estrategia *Desentendimiento conductual*. Asimismo, también se halló que los pacientes afiliados al sistema integral de salud (SIS), presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva y un empleo preferente del estilo evitativo de afrontamiento, en comparación al grupo no afiliado. Por otro lado, las pacientes en estadio clínico III de su cáncer, reportaron un mayor empleo de estrategias orientadas al problema, mientras que las del grupo con mastectomía radical sin reconstrucción, una mayor orientación hacia estrategias de afrontamiento emocional.

Palabras clave: sintomatología depresiva, estilo de afrontamiento, afrontamiento, cáncer de mama.

ABSTRACT

Depressive symptoms and Coping styles in patients with breast cancer

The present study aims to describe the relationship between depressive symptoms and coping styles, in a sample of patients with breast cancer. The non probabilistic sample was conformed for 52 women, patients from health institute of cancer, aged between 40 and 75 years of age. The instruments used were: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Questionnaire of Coping Estimate (COPE). The results revealed a significant high relationship between the presence of depressive symptoms, an evitative coping style ($r = .53$, $p = .01$) and the evitative strategy *focus and release emotions* ($r = .55$, $p = .01$). Also a medium correlation ($r = .33$, $p = .01$) between such symptoms and *behavioral disengagement* coping strategy. Furthermore, patients belonging to Integrated Health System (SIS), presented higher levels of depressive symptoms and preferential use of evitative coping style, compared to non-affiliated group. On the other hand, patients with cancer clinical stage III reported greater use from problem-oriented coping strategies, whereas those with radical mastectomy without reconstruction tended to use emotional strategies.

Key words: depressive symptoms, coping styles, coping, breast cancer.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Sintomatología depresiva y Afrontamiento en el cáncer de mama	1
El cáncer de mama	1
Conceptualización, criterios diagnósticos y epidemiología	1
Etiología y factores de riesgo	4
Tratamiento	6
Factores psicosociales intervinientes en el cáncer de mama	9
Depresión y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama	9
Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama	12
Planteamiento del problema	16
Objetivos de estudio	17
CAPÍTULO II: Metodología	19
Participantes	19
Mediciones	22
Procedimiento	26
CAPÍTULO III: Resultados	29
Sintomatología depresiva	29
Afrontamiento	31
Sintomatología depresiva y Afrontamiento	33
CAPÍTULO IV: Discusión	35
Limitaciones del estudio	44
Lineamientos para futuras investigaciones	45
REFERENCIAS	

ANEXOS

Anexo A. Instrumentos

- A1. Ficha sociodemográfica
- A2. Protocolo del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)
- A3. Protocolo del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)
- A4. Consentimiento informado

Anexo B. Análisis Estadísticos



INTRODUCCIÓN

El cáncer se constituye en la actualidad en la mayor parte de países desarrollados, como una de las enfermedades con mayor tasa de mortalidad y morbilidad, siendo solo superado por las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2008).

En nuestro país, ocupa la segunda causa de muerte, destacándose al cáncer de mama, como una de las neoplasias con mayor número de casos reportados entre la población femenina (MINSA, 2007).

En relación a ello, el cáncer de mama y en general la enfermedad oncológica, por su magnitud e impacto en la vida de la persona que lo padece, demanda cada vez más del equipo sanitario, un esfuerzo conjunto y organizado, el cual apunte a facilitar el ajuste del individuo a su enfermedad, por lo que la consideración de los aspectos psicosociales intervinientes en la neoplasia, adquieren total relevancia (Oblitas & Palacios, 2009).

En tal sentido, de acuerdo a las investigaciones, un fracaso en los mecanismos de adaptación a la enfermedad, los cuales implican una serie de estrategias y estilos de afrontamiento, podría desencadenar la presencia de sintomatología depresiva y/o depresión, por lo que se observa una alta prevalencia del cuadro clínico en pacientes con cáncer de mama (Robles, Morales, Jiménez y Morales, 2009). Bajo este contexto, parece de lo más relevante realizar un estudio que pueda profundizar en dichos aspectos psicológicos, con el fin no solo de observar el papel que podrían desempeñar los mismos, en el reestablecimiento de la salud del paciente, sino también buscando contribuir con los resultados, en lo que respecta a la implementación de mejores modos y técnicas de abordaje del paciente oncológico, que le permitan un mejor proceso de ajuste a su enfermedad.

Con referencia a ello, el objetivo de la presente investigación se centra en estudiar la relación entre las variables psicosociales, sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, con la finalidad de tener un panorama de los recursos con los que cuenta dicha población, a fin de fomentar en ella una participación activa en el afronte a su enfermedad, por lo que se establezca una mejor intervención y prevención de deterioro físico o mental.

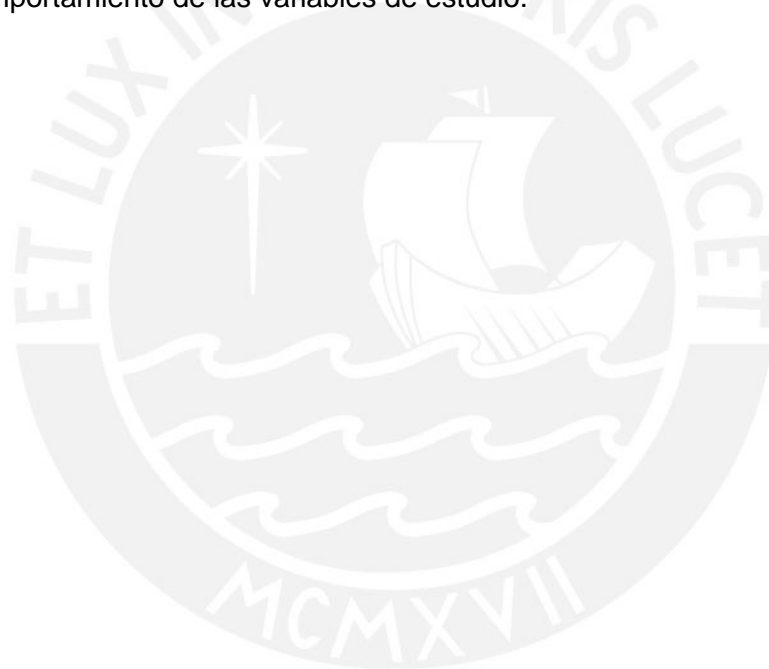
Con dicho propósito, en el primer capítulo se presentan algunos lineamientos generales acerca de los aspectos más relevantes del cáncer de mama, tales como criterios diagnósticos, epidemiología, etiología, factores de riesgo y tratamiento.

Seguidamente se hace una revisión teórica actual, de los acápite más importantes con referencia a los constructos materia de estudio, sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento, con la finalidad de dar contexto a lo que será el planteamiento del problema y los objetivos de estudio.

A su vez en el segundo capítulo, se detalla la metodología empleada durante la investigación, resaltando las características más importantes de la muestra, los instrumentos utilizados en la medición de la misma, y el procedimiento desplegado en cada etapa del estudio.

En el capítulo tercero, se describen los resultados de la investigación, resaltando los más significativos, siguiendo la lógica de los objetivos planteados.

Finalmente en el cuarto capítulo, se elabora un cuerpo de discusión, a fin de plantear algunas hipótesis que puedan dar luces sobre lo observado en la muestra, en cuanto al comportamiento de las variables de estudio.



CAPÍTULO I

Sintomatología depresiva y Afrontamiento en el cáncer de mama

El cáncer de mama

Conceptualización, criterios diagnósticos y epidemiología

Diversos expertos en la materia, coinciden en definir al cáncer como un grupo de enfermedades que se caracteriza por una proliferación descontrolada de células anormales. Dichas células manifiestan un comportamiento invasivo y destructivo de otros tejidos, con incapacidad para organizarse y auto regularse adecuadamente por sí mismas, de tal modo que la masa de tejido que forman, no se parece a un tejido normal. En tal sentido, el cáncer de mama es una enfermedad por la cual se forman células cancerosas a nivel de los tejidos de la mama (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; Simon y Zieve, 2008).

Dichas células neoplásicas suelen afectar los lóbulos, lobulillos, bulbos y conductos que conforman la mama, pudiendo observarse una heterogeneidad a nivel de su naturaleza y comportamiento. Así muestran patrones de crecimiento altamente dispares, por lo que pueden propagarse hacia los ganglios linfáticos más próximos. No obstante, su extensión también puede comprometer a otros órganos más distantes, tales como: pulmones, pleura, huesos, pelvis e hígado (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009).

En esa línea, de acuerdo a las estructuras de la mama afectadas por las células cancerosas, se pueden tener dos tipos principales de cáncer de mama: el carcinoma ductal, el cual complica a las células de los conductos y resulta ser el más frecuente; y el carcinoma lobular, el cual involucra a los lóbulos o lobulillos, y suele encontrarse en ambas mamas (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network; 2009).

En relación a las características clínicas de la enfermedad y su gravedad, se pueden resaltar los siguientes estadios clínicos, los cuales emergen como producto de una combinatoria a nivel de la clasificación TNM (T: tamaño del tumor, N: afectación o no de los ganglios linfáticos regionales, M: presencia o no de metástasis a distancia) propuesta por la American Joint Committee on Cancer (AJCC):

1. Estadio 0: las células anormales a nivel de lobulillo o conducto, se desarrollan *in situ*.

2. Estadio I: etapa inicial del cáncer de mama invasor, el tumor mide de dos centímetros a menos, y no se ha diseminado hacia fuera de la mama.
3. Estadio II:
 - Estadio IIA: el tumor mide dos centímetros o menos, existe afectación ganglionar axilar no adherida a planos profundos, sin evidencia de metástasis a distancia; o el tumor mide entre dos y cinco centímetros, sin afectar los ganglios linfáticos axilares y sin evidenciar metástasis a distancia.
 - Estadio IIB: el tumor mide entre dos y cinco centímetros, y se diseminó hacia los ganglios linfáticos axilares no adheridos a planos profundos; o mide más de cinco centímetros, pero no se diseminó hacia los ganglios linfáticos regionales.
4. Estadio III:
 - Estadio IIIA: el cáncer se diseminó hacia los ganglios linfáticos axilares que están unidos unos a otros o a otras estructuras; o el tumor tiene un tamaño inferior a cinco centímetros y se diseminó hacia los ganglios linfáticos axilares que están unidos unos a otros o a otras estructuras; o el tumor mide más de cinco centímetros y se expandió hacia los ganglios linfáticos axilares, los cuales podrían estar adheridos o no entre ellos, o a otras estructuras.
 - Estadio IIIB: el cáncer se diseminó hacia los tejidos próximos a la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales); así como se extendió hacia los ganglios linfáticos a nivel de las mamas o axilares.
 - Estadio IIIC: tumor de cualquier tamaño, con afectación de los ganglios linfáticos subclaviculares y laterocervicales; así como probable afectación de los ganglios linfáticos a nivel de las mamas o axilares, y tejidos cercanos al seno.
5. Estadio IV: en este estadio el cáncer se diseminó hacia otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hacia los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro (American Joint Committee on Cancer, 2009; American Society of Clinical Oncology, 2009)

Bajo este contexto, los criterios diagnósticos apuntarían a evidenciar, según el estado de la investigación actual, aquellos signos clínicos vinculados a una detección temprana, como presencia de anomalías en el mamograma, y/o percepción de dolor en dicha región (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer,

2009), a lo que se podría adicionar signos menos comunes, como engrosamiento, inflamación, distorsión, sensibilidad, irritación, enrojecimiento y descamación a nivel de la piel; como anormalidades a nivel del pezón: ulceración, retracción o descarga espontánea (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; Simon & Zieve, 2008).

En referencia a la epidemiología del cáncer, la enfermedad se habría ido acrecentando con el correr de los años, hasta llegar a convertirse en la segunda causa de muerte en la mayor parte de países desarrollados, por lo que se le atribuyen las 7,9 millones de defunciones ocurridas en el mundo en el 2007 y se le concede una incidencia, que alcanzaría los 16.5 millones de casos nuevos, según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 (OMS, 2008).

En relación a ello, dicha tendencia también empieza a manifestarse en el mundo menos desarrollado, por lo que los llamados países “en transición” y “países de ingresos medianos” están siendo grandemente afectados, como por ejemplo los pertenecientes a América del Sur y al continente Asiático (OMS, 2008).

En tal sentido, la región de América Latina aporta el 13.1% de los casos mundiales, con cerca de 833 mil casos por año, observándose a las neoplasias de mama, próstata, cuello uterino, estómago, pulmón y colón, como los tipos de cáncer más frecuentes (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2007).

Al respecto de la neoplasia de mama, los autores sugieren que ésta generaría el 10% de todas las neoplasias, por lo que podría resultar el tipo de cáncer más frecuente, entre las mujeres del mundo (Key, Verkasalo & Banks, 2001; McPherson, Steed & Dixon, 2000).

A nivel del contexto peruano, el cáncer se constituye cada vez más, en un problema de salud pública preocupante, no sólo por su alta incidencia, las muertes y discapacidades que ocasiona, sino por la dificultad que existe para detectarlo y tratarlo precozmente en nuestra realidad (Coalición Multisectorial “Perú contra el cáncer”, 2006), por lo que la mortalidad por el mismo se viene incrementando hasta ocupar la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud (MINSALUD) (MINSALUD, 2007).

Pese a este panorama, hasta la actualidad no se dispone de un registro nacional, que dé cuenta de todas las personas atendidas por dicha dolencia tanto a nivel del MINSALUD como en EsSalud, razón por la cual el país no cuenta con datos de incidencia exactos acerca de la enfermedad. Sin embargo se podría resaltar, como información próxima a dicha incidencia, las 109,040 consultas por cáncer definitivo registradas en EsSalud, entre 1998 y el 2004; y las 84,153 y 237, 481 atenciones por

sospecha de cáncer observadas para el MINSA y el INEN respectivamente, en el 2005 (MINSA, 2007).

Para el estudio se destacan los datos del 2004, debido a que éstos nos revelan que los tipos de cáncer más frecuentes en nuestro contexto, entre las mujeres de 30 a 84 años, fueron el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama, a nivel del MINSA, el INEN y EsSalud, (INEN, 2009; MINSA, 2007).

En lo que respecta al cáncer de mama, enfermedad objetivo del estudio, las cifras estadísticas del INEN registraron 5,154 casos nuevos de dicho tipo de cáncer, para el periodo 2000 - 2004, los cuales se caracterizaron por presentar un 47,6% de casos en estadios clínicos II, III y IV, un rango de edad entre los 45 y 65 años, y sexo predominantemente femenino (INEN, 2007). Sin embargo en el 2005, la frecuencia de los estadios clínicos parece variar, por lo que en el 57.7% (470 casos) de los 814 casos diagnosticados para ese año, se halló un tipo de cáncer de mama localmente avanzado, con estadios IIB, IIIA, IIIB y IIIC (Calderón, et al., 2005).

Finalmente, se podría destacar los reportes del Instituto regional de Enfermedades Neoplásicas - sede Norte, en los cuales el cáncer de mama también se llega a consolidar, como la neoplasia más frecuente para el periodo 2008, constituyendo el 13.2% de los casos nuevos (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Norte, 2009).

En vista de lo descrito, se podría concluir entonces, una alta incidencia del cáncer de mama en las mujeres de nuestro país, por lo que se justifica plenamente la importancia de su elección, como población objetivo de estudio.

Etiología y factores de riesgo

Al interior del campo de las ciencias médicas no se plantea una etiología conocida para el cáncer de mama, por lo cual sólo se maneja el concepto de factores de riesgo asociados a la proliferación de células cancerosas. Según los estudios epidemiológicos y las observaciones clínicas, se pueden destacar los siguientes factores de riesgo:

- *Historia familiar de cáncer de mama:* los familiares en primer grado (por ejemplo: madres, hijas y hermanas) de las pacientes con cáncer de mama están sometidos a un mayor riesgo que la población general. Dicha precisión ocurriría en mujeres cuyas madres tuvieron un cáncer de mama bilateral, previo a la menopausia (American Cancer Society, 2009; Evans & Howell, 2007; Hartman, et al., 2007; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National

- Comprehensive Cancer Network, 2007; Simon & Zieve, 2008; Yankaskas, 2005, 2006).
- *Edad*: mientras las mujeres avanzan en edad, la incidencia aumenta. En general la mujer sobre los 40 años está más sujeta a riesgos de presentar cáncer de mama (American Cancer Society, 2009; American Society of Clinical Oncology, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; Simon & Zieve, 2008; Yankaskas, 2005, 2006).
 - *Paridad*: es un factor de riesgo importante, las nulíparas son más susceptibles que las mujeres que han tenido niños, y cuanto mayor es el número de hijos, menor es el peligro de padecer de cáncer de mama. En tal sentido, existe un mayor riesgo en las mujeres que retrasan su primer embarazo hasta después de los 35 años, y en las mujeres que no son fértiles (American Cancer Society, 2009; Antoniou, et al., 2006; Evans & Howell, 2007; Hartman, et al., 2007; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; Simon & Zieve, 2008).
 - *Administración de hormonas*: la administración de estrógenos en grandes cantidades aumentaría el compromiso de padecer cáncer de mama. Sin embargo, hasta el momento no se ha podido demostrar en general, que la administración repetida de pequeñas cantidades de estrógenos como las que se emplean en el control de natalidad, haya sido acompañado de un incremento del cáncer de mama (American Cancer Society, 2009; Evans & Howell, 2007; Hartman, et al., 2007; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; Simon & Zieve, 2008; Yankaskas, 2005, 2006).
 - *Consumo de bebidas alcohólicas*: la base biológica de la acción del alcohol como un factor promotor del cáncer de mama, no ha sido firmemente establecida, sin embargo se maneja como hipótesis general que el alcohol estaría asociado a una alta estimulación de la circulación de hormonas esteroideas en el organismo, lo cual promovería la proliferación de células neoplásicas (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; Tan, Barber & Shields, 2006).

Tratamiento

En cuanto al tratamiento del cáncer de mama, los estudios resaltan la importancia de tener en cuenta ciertos factores que pueden afectar el pronóstico (probabilidad de recuperación) y las opciones de tratamiento:

- *El estadio del cáncer* (el tamaño del tumor, si es que está solamente en la mama, o se diseminó hacia los ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo): mientras mayor sea el tamaño del tumor y el compromiso de otras estructuras del cuerpo, menor será la probabilidad de recuperación y se requerirá un tratamiento más complejo.
- *La rapidez con que crece el tumor*: a un ritmo más acelerado de crecimiento de las células tumorales, la probabilidad de recuperación y el tratamiento se complica.
- *La edad y la condición de salud en general*: algunos autores indican una mejor capacidad de recuperación, en aquellos pacientes jóvenes que gozaron de buen estado de salud, previo a la enfermedad (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009).

Al respecto, los entendidos de la materia señalan cuatro opciones generales de tratamiento para dicho tipo de cáncer, las cuales pueden emplearse de manera combinada según la condición médica de cada paciente. Éstas son:

Cirugía

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía, con el fin de extirpar el cáncer, pudiendo encontrar las siguientes variantes:

A. Cirugía para preservar la mama: es una operación para extirpar el cáncer, pero no la mama. Incluye:

- Lumpectomía: cirugía para extirpar el tumor (masa) y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor del mismo.

B. Mastectomía total: cirugía para extirpar toda la mama que contiene cáncer. Este procedimiento también se hace llamar mastectomía simple.

C. Mastectomía radical: cirugía para extirpar toda la mama que contiene cáncer, los músculos de la pared del pecho de abajo de la mama y todos los ganglios linfáticos de abajo del brazo.

D. Mastectomía radical modificada: cirugía para extirpar toda la mama que tiene cáncer, así como varios de los ganglios linfáticos de abajo del brazo, el revestimiento de los músculos pectorales y, a veces, parte de los músculos de la pared del pecho.

En algunos casos, aún si se extirpa todo el cáncer observable durante la operación, los pacientes pueden recibir radioterapia, quimioterapia o terapia con hormonas después de la cirugía, con el fin de destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado (American Cancer Society, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; OncoGuía de mama, 2003; Simon & Zieve, 2008; Taucher, 2005)

Quimioterapia

En cuanto a la quimioterapia, las investigaciones precisan que se trata de un tratamiento en el que se emplea un conjunto de medicamentos, con el propósito de interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o a través del impedimento de su multiplicación. La forma en que se administre la quimioterapia (sistémica o regional) depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando (American Cancer Society, 2009; Campos, 2005; Esserman, 2003; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; OncoGuía de mama, 2003; Puente & Martín, 2007; Simon & Zieve, 2008; Taucher, 2005).

Al respecto, si bien aun no está definida la correcta secuencia de tratamientos en el cáncer de mama, hay una tendencia a anteponer el inicio del tratamiento sistémico a la cirugía (quimioterapia neoadyuvante) para los estadios clínicos I, II y III. En el caso del carcinoma de mama localmente avanzado, el tratamiento con quimioterapia es la indicación obligatoria, por el cual se busca controlar el avance de la enfermedad local, con el fin de facilitar el papel de la cirugía y la radioterapia (OncoGuía de mama, 2003).

Radioterapia

Diversos autores definen a la radioterapia como un procedimiento en el cual se emplean una serie de rayos X de alta energía u otros tipos de radiación, con el fin de destruir a las células neoplásicas o impedir su crecimiento (American Cancer Society, 2009; Bellon, Katz & Taghian, 2006; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; OncoGuía de mama, 2003; Simon & Zieve, 2008; Taucher, 2005).

Existen diversos estudios que han demostrado que la radioterapia complementaria a la cirugía, puede reducir la tasa de recaída a nivel de la mama y las áreas ganglionares, mejorando la supervivencia de los pacientes con estadios clínicos I, II y III de la enfermedad. En esa línea, la radioterapia complementaria tendría que iniciarse antes de los seis meses de haberse efectuado la cirugía y, en caso de no administración de quimioterapia, podría iniciarse a partir de los 15 días después de la intervención quirúrgica. Para el caso de cáncer de mama diseminado o en estadio IV, la radioterapia ha demostrado tener un papel importante, por el cual muchas pacientes han podido conservar una buena calidad de vida, aún después de haber presentado metástasis cerebrales (OncoGuía de mama, 2003).

Terapia hormonal

La terapia hormonal es un tratamiento para el cáncer por el que se extraen las hormonas o se bloquea su acción, impidiendo el crecimiento de las células cancerosas. Las hormonas son sustancias elaboradas por las glándulas del cuerpo que circulan por el torrente sanguíneo. Algunas hormonas pueden hacer crecer ciertos cánceres. Si las pruebas muestran que las células cancerosas ofrecen sitios donde pueden adherirse las hormonas (receptores), se utilizan medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedir que funcionen. La hormona estrógeno, que hace crecer algunos cánceres de mama, es elaborada en su mayor parte por los ovarios (American Cancer Society, 2009; Campos, 2005; Esserman, 2003; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; OncoGuía de mama, 2003; Puente & Martín, 2007; Simon & Zieve, 2008; Taucher, 2005).

La terapia hormonal con un inhibidor de la aromatasa se administra a algunas mujeres posmenopáusicas que padecen de cáncer de mama hormonodependiente. El cáncer de mama hormonodependiente necesita de la hormona estrógeno para crecer, en ese sentido los inhibidores de la aromatasa disminuyen los niveles de estrógenos en el cuerpo (American Cancer Society, 2009; Campos, 2005; Esserman, 2003; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2007; OncoGuía de mama, 2003; Puente & Martín, 2007; Simon & Zieve, 2008; Taucher, 2005).

Factores psicosociales intervinientes en el cáncer de mama

Depresión y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama

Son diversos los cambios que experimenta una persona a nivel de su funcionamiento habitual, cuando una enfermedad como el cáncer aparece en su vida, cambios que suponen numerosas pérdidas simbólicas y generan malestar psicológico, que al no terminar de ser entendidos y elaborados, podrían intensificar la experiencia emocional desagradable, al punto de emerger como un probable síndrome psicopatológico o cuadro clínico afectivo (Oblitas & Palacios, 2009).

Al respecto, las investigaciones en psicooncología, se habrían enfocado en estudiar el rol que desempeñan ciertas variables psicológicas, sociales y conductuales, en el ajuste psicológico de las personas frente al cáncer de mama, demostrando la relevancia que cobran determinados cuadros clínicos como la depresión y/o sintomatología depresiva, y los estilos de afrontamiento, sobre la calidad de vida y el ajuste psicológico de dichos pacientes a su enfermedad (Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009).

En relación a ello, la depresión se constituiría según la OMS (2004), como uno de los cuadros psicopatológicos con mayor presencia entre los pacientes oncológicos (OMS, 2004), por lo que cabría resaltar la dificultad para establecer su diagnóstico en dicha población, ya que síntomas como la fatiga, pérdida de peso y las alteraciones del sueño, podrían también corresponder a la presencia de condiciones metabólicas o endocrinas relacionadas a la quimioterapia, al dolor, o a la disminución en la funcionalidad del sistema inmunológico; y no solo deberse al impacto emocional del diagnóstico de cáncer y/o el cuestionamiento de la femineidad, tras una mastectomía con remoción de una parte o totalidad del seno (Robles, et al., 2009).

En tal sentido, las recomendaciones apuntan a centrarse en los síntomas más psicológicos del cuadro: como ánimo disfórico, sentimientos de desesperanza, de inutilidad o de culpa excesivos, pérdida de autoestima, anhedonia y en los pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida; y no tanto en los aspectos más somáticos, con el fin de llegar a un posible diagnóstico del trastorno depresivo (Berger, Portenoy & Weissman, 2002).

En esa línea, los estudios resaltan un alto índice del mismo o de sintomatología depresiva, para muestras de pacientes con cáncer de mama (Robles, et al., 2009; Rodríguez, et al., 2007; Ruiz, Bermúdez, Olivares & Garde, 1999; Sánchez, Andrés, Peri, de Pablo & Salamero, 2002; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez-Manga, 2001; Weathersby, 2008) observándose en diversos casos, datos de prevalencia que tienden a variar de un estudio a otro, lo cual podría deberse no solo a la dificultad para

establecer el diagnóstico del cuadro, sino también, a las propias características de la muestra, momento de recolección de los datos y/o a los instrumentos empleados.

Con respecto a dichos criterios, las investigaciones en su mayoría señalan datos de prevalencia para muestras post intervención quirúrgica, las cuales se diferenciarían entre sí principalmente, por el periodo de captación y por el tipo de instrumento de medición.

Así se obtuvo, un 42.5% de prevalencia para un trastorno depresivo mayor, en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción, que tenía un mínimo de 2 semanas post intervención (Carreño & López, 2007).

Por otro lado, se presentó sintomatología depresiva, después de 18 meses del diagnóstico inicial del cáncer de mama, en un 22,2% de pacientes mastectomizados, ello según mediciones obtenidas a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), (Vabdaninia, Omidvari & Montazeri, 2009).

Adicionalmente, se presentó sintomatología depresiva en el 18% de pacientes en fase previa a su tratamiento adyuvante, siendo éstos evaluados según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Golden-Kreutz & Andersen, 2004), a lo que se podría sumar, un 13.7% de prevalencia de dichos síntomas, después de 12-16 semanas de la cirugía, según lo reportado por pacientes a través del Inventario de Depresión de Beck II (Christensen, et al., 2009).

Siguiendo aún en la línea de las muestras post cirugía, se reporta también una prevalencia del 9.6% para un trastorno depresivo mayor, y una del 27.1%, para síntomas depresivos, en una muestra de pacientes con cáncer de mama inicial, los cuales fueron evaluados 3 meses posteriores a la intervención quirúrgica, esto de acuerdo a una entrevista psiquiátrica de autorreporte, basada en los criterios del DSM-IV (Kissanne, et al., 2004).

En lo que respecta a un estadio avanzado de la enfermedad, la literatura señala un 6.5% de pacientes con un trastorno depresivo mayor, después de 63 meses del diagnóstico primario, según el mismo instrumento utilizado por Kissanne et al. (2004); y un 7% de pacientes con sintomatología depresiva, tras 24 meses de dado el diagnóstico inicial, según una entrevista psiquiátrica basada en los criterios del DSM-III-R (Okamura, et al., 2000).

Finalmente, se podría resaltar lo hallado para muestras de pacientes nuevamente diagnosticados o con recaída del cáncer de mama, en donde se observa que un 36% de dichos pacientes, presentó un riesgo de desarrollar un cuadro clínico depresivo, según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Maly, Umezawa, Leake & Silliman, 2005).

En base a lo descrito, si bien aparentemente la sintomatología depresiva se estaría constituyendo, en el fenómeno psicológico con mayor presencia entre los pacientes oncológicos, en comparación al trastorno depresivo mayor, no deja de ser asimismo menos cierto, que dichos datos de prevalencia fueron obtenidos a partir de poblaciones de otras latitudes, por lo que su exploración en nuestra realidad se hace necesaria y relevante.

A nivel de nuestro contexto, se puede citar el estudio de Alcántara (2008) realizado en pacientes con VIH, como un acercamiento a la población con enfermedades crónicas, en ausencia de estudios locales que investiguen la presencia de sintomatología depresiva en pacientes oncológicos. En tal sentido, la autora reportó una media muestral correspondiente a un nivel leve de síntomas depresivos, encontrando que un 56% y un 8% de los pacientes, se ubicaban en un nivel mínimo y leve respectivamente, y que un 16% y 20% se posicionaba en los niveles moderado y severo.

La importancia que trasciende al conocimiento de dichos datos en muestras de pacientes locales, hallaría su sustento, a partir de análisis del contexto bajo el cual emerge dicha sintomatología en la vida del paciente, esto es, conocer y reconocer los factores que precipitan su emergencia, buscando de este modo facilitar su detección y manejo a nivel psicoterapéutico, a fin de evitar su evolución hacia un trastorno depresivo, y contribuir con un reestablecimiento más eficaz de la condición de salud mental del paciente, por lo que su condición médica se vea favorecida (Oblitas & Palacios, 2009).

Bajo este panorama, dichos factores de riesgo podrían agruparse bajo dos grandes grupos, el primero de ellos comprendido por los *factores médicos* tales como, un *estadio avanzado de la enfermedad*, en donde los autores encuentran una relación positiva significativa entre la presencia de metástasis y depresión, en pacientes con cáncer de mama (Ciaramella & Poli, 2001; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given & Given, 2002a; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given & Given, 2002b; Nausheen & Kamal, 2007); *una mastectomía con remoción de mama*, en la cual se produce una alteración de la imagen corporal del paciente, que provoca un intenso miedo al rechazo y una serie de repercusiones a nivel de la sexualidad, aumentando el riesgo a desarrollar síntomas depresivos (Carreño & López, 2007; Nausheen & Kamal, 2007; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008); y *fuentes de estrés* propias de las fases del proceso de detección y atención de la enfermedad, las cuales incluyen las pruebas de screening, el consejo genético, el diagnóstico, el tratamiento primario del cáncer, la cirugía, la quimioterapia, radioterapia, el tratamiento hormonal, la terminación del tratamiento, la vuelta a la vida antes de la enfermedad, la posible recurrencia de la misma y su

posterior tratamiento, en donde la ansiedad se suele presentar conjuntamente con los síntomas depresivos (Oblitas & Palacios, 2009).

El segundo grupo compuesto por los *factores psicosociales*, que pueden contener una *historia de trastornos psicológicos* previa o reciente, con énfasis en un trastorno depresivo mayor o sintomatología depresiva, que podría actuar como factor desencadenante de una depresión, post diagnóstico del cáncer y/o durante su tratamiento (Forsell, 2000; Oblitas & Palacios, 2009; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Schoevers, et al., 2000); o una *carencia de soporte social*, que evidencia una relación negativa significativa entre el soporte social y la depresión, para muestras de pacientes con estadios iniciales de la enfermedad. En tal sentido, se destaca el papel del soporte emocional, bajo la forma de escucha activa de las preocupaciones, y el rol del soporte instrumental, bajo la forma de ayuda con las labores domésticas y acompañamiento por parte de las parejas, como mejores predictores de una menor sintomatología depresiva (Maly, Umezawa, Leake & Silliman, 2005; Oblitas & Palacios, 2009; Simpson, Carlson, Beck & Patten, 2002).

Asimismo, *acontecimientos estresantes previos*, como dificultades financieras (Golden-Kreutz & Andersen, 2004; Nausheen & Kamal, 2007; Oblitas & Palacios, 2009), una separación o divorcio, ser inmigrante o descendiente de inmigrante (Christensen, et al., 2009) y/o presentar mayor número de hijos (Deshields, Tibbs, Ming-Yu & Taylor, 2006; Nausheen & Kamal, 2007); *un pobre ajuste percibido* proveniente de la pareja y de los hijos al diagnóstico del cáncer, de manera tal, que mientras peor sea éste, peor será su influencia sobre la salud mental del paciente, aumentando su riesgo a desarrollar un trastorno depresivo (Maly, Umezawa, Leake & Silliman, 2005); y finalmente *sentimientos de desesperanza* provenientes del propio paciente, los cuales asociados a la ausencia de una pareja, predecirían mayores síntomas depresivos en los mismos (Brothers & Andersen, 2009).

Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

La adaptación al cáncer no constituiría un evento aislado y único, sino más bien, una serie de respuestas constantes, que permitirían a la persona lidiar con las múltiples tareas asociadas a su propia enfermedad. De acuerdo a ello, una adaptación normal o exitosa se podría dar en aquellos, que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funcionamiento, regulando su malestar emocional, y manteniendo aún el interés, en esos aspectos particulares que les son todavía significativos (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005).

En tal sentido, el afrontamiento como variable psicosocial, podría facilitarnos el tener mejor entendimiento tanto del proceso de adaptación de la persona a su

enfermedad, como de las diferencias en bienestar observadas, entre pacientes en situaciones médicamente equivalentes. En referencia a dicha variable, Lazarus & Folkman (1986) definen al afrontamiento, como todos aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales destinados a manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los propios recursos individuales. Éste está compuesto por los estilos y estrategias, los primeros referidos a las tendencias generales, habituales y preferentes desplegadas de manera consistente por las personas, al momento de lidiar con sus diferentes situaciones vitales y demandas que le impone el ambiente; y las segundas, definidas como todos aquellos intentos cognitivos y/o conductuales específicos, empleados por las personas para hacerle frente a un estresor, variando en función a las características del evento estresante y a los efectos que tiene éste sobre el ambiente (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005; Moos & Schaefer, 1993; Taylor, 2003)

El afrontamiento podría estar enfocado tanto hacia el problema como hacia la emoción. En el primer caso, su utilización facilitaría el manejo de problemas específicos, ya que éste apuntaría a modificar directamente las situaciones originarias de malestar y sufrimiento, ya sea a través de la resolución de problemas pendientes o mediante la búsqueda de información; mientras que en el segundo caso, su empleo ayudaría a regular el grado de sufrimiento emocional (Lazarus & Folkman, 1986). Adicionalmente, la literatura remarca la existencia de otro tipo de afrontamiento, al cual Carver & Scheier (1994) denominan provisionalmente “otros estilos” y albergan las estrategias más enfocadas hacia lo evitativo (Contrada, Leventhal & O’Leary, 1990; Cooper & Payne, 1991, citados en Chau, Morales & Wetzell, 2002).

En base a la bibliografía revisada, la evidencia apunta a resaltar, estrategias de afronte que resultan más o menos funcionales o disfuncionales, frente a los diferentes eventos estresantes, dentro de los cuales, el cáncer puede constituirse en una particularidad.

En relación a ello, Franks & Roesch (2006) encuentran una preferencia por un afrontamiento más centrado en el problema, en aquellos pacientes que perciben a su enfermedad como una amenaza, al no considerarla un hecho determinante; mientras que una tendencia a un afrontamiento más evitativo, en aquellos que la ven como un daño o pérdida, esto debido posiblemente a que para los mismos, el desviar toda su energía hacia otros objetivos, podría resultar una mejor opción.

Por su parte, Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood (2004), reportan mayores niveles de calidad de vida, en aquellos pacientes con cáncer de mama avanzado, que enfrentaron su enfermedad con un estilo de afrontamiento más activo, en contraposición a uno evitativo.

En tal sentido, desde la perspectiva de Holland & Holahan (2003), las estrategias de afrontamiento activo más significativas, comprenderían una *reinterpretación positiva*, *planificación de resolución de problemas* y una *búsqueda de soporte social*; mientras que para Hack & Degner (2004) las evitativas abarcarían, una *aceptación pasiva* y una *actitud de resignación frente a la enfermedad*, las cuales influirían de manera negativa sobre el ajuste del paciente.

En comparación a lo encontrado por Kershaw, et al. (2004), Filazoglu & Griva (2008) observaron mayores índices de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, con tendencia a desplegar un afrontamiento más centrado en la emoción frente a un evento estresante, reportándose para el caso correlaciones directas significativas, entre *calidad de vida* y *apoyo en la religión*, así como *con una actitud optimista frente a la enfermedad*, esta última pudiendo estar más en relación a una reinterpretación positiva, desde la propuesta de Carver, Scheier & Weintraub (1989). Adicionalmente, los mismos autores encontraron un mayor empleo de un afrontamiento religioso, y menos enfocado en resolver el problema, en el grupo de pacientes con EC III y IV de su cáncer de mama, en comparación al grupo que presentaba estadios clínicos más tempranos (Filazoglu & Griva, 2008)

En esa línea, la aparente mayor funcionalidad de los estilos más centrados en la emoción, que presentan los pacientes con cáncer de mama para hacerle frente a un evento vital estresante, se podría ver reforzada, a partir de lo hallado por otros autores para una muestra prequirúrgica, en la cual se observaron menores niveles de distrés (medidos tres meses post cirugía), cuando los pacientes optaron por enfrentar la cirugía con estrategias más emocionales, tales como *la aceptación*, *expresión emocional* y *una búsqueda de soporte social* (Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou & Koutri, 2007).

No obstante, otras investigaciones aportan resultados diferentes, por lo que se empieza a cuestionar la funcionalidad de determinadas estrategias emocionales, particularmente la *negación*, pero también y con especial énfasis de aquellas más evitativas, agrupadas bajo la denominación “otros estilos”, tales como la *liberación de emociones* y la *autodistracción*, ésta última más en la línea del *desentendimiento mental*, las cuales habrían correlacionado positivamente con altos niveles de distrés. En tal sentido, los autores observan una utilización disfuncional de la *autodistracción* a un nivel pre quirúrgico, y un empleo perjudicial de la estrategia *negación*, antes y después de la cirugía (Culver, Arena, Antoni & Carver, 2002).

Pese a ello, Lazarus (2000) con actitud más cautelosa, no se hace partidario de la idea que propone un carácter disfuncional proveniente de algunas estrategias más emocionales y evitativas, pues desde su perspectiva, la injerencia de los mismos sobre

el bienestar psicológico de la persona, no solo varía en función de la situación y sus circunstancias, sino también de las propias características individuales, pudiendo tener efectos diferentes, según el grado de distrés que experimenta el individuo.

En nuestro contexto, Chau (2002) reportó para una muestra de pacientes oncológicos hospitalizados, una mayor tendencia hacia un afrontamiento más enfocado en la emoción, destacando las siguientes estrategias: el acudir a la religión, la reinterpretación positiva, la aceptación y el apoyo social por razones emocionales. Asimismo, observó que el segundo estilo más empleado fue el orientado hacia el problema, resaltando el afrontamiento activo y la planificación como las respuestas más empleadas; y que el de menor uso fue el estilo conocido como “otros estilos”, dentro del cual el desentendimiento conductual y el enfocar y liberar emociones, se describían como algunas de las estrategias menos empleadas por los pacientes de la muestra.

Asimismo, Solano (2001) observó al interior de una muestra de pacientes con leucemia, similar tendencia encontrada por Chau (2002), en cuanto a un mayor empleo de un estilo más orientado hacia lo emocional, y la predilección por la estrategia el acudir a la religión; hallando en la misma línea, que el afrontamiento orientado hacia el problema ocupaba el segundo lugar, con un predominio del uso de la planificación, y que el estilo denominado “otros estilos” correspondía al de menor uso, con un empleo poco preferente del desentendimiento conductual.

Por su parte, Cassaretto y Paredes (2006) confirmaron dicha mayor propensión hacia un afrontamiento orientado a lo emocional, y la menor utilización de la estrategia evitativa *desentendimiento conductual*, en una muestra de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, la cual si bien no es netamente oncológica, resulta relevante por tratarse de una enfermedad con similar estatus crónico.

Finalmente, al investigar sobre la relación entre sintomatología depresiva y determinados estilos y estrategias de afrontamiento, en muestras de pacientes con cáncer de mama, los hallazgos no resultan tan abundantes como lo hallado para cada variable de manera individual, por lo que a nivel de Latinoamérica tan solo se encontró, un estudio para una muestra indistinta de pacientes oncológicos (cáncer de mama, colón y pulmón), el cual reportó para el grupo de los deprimidos, una alta frecuencia de estilos más emocionales, en la línea de lo ansioso evitativo, el desamparo, fatalismo, y un menor espíritu de lucha (Rodríguez, et al., 2007); a lo que cabría sumar, el estudio asiático realizado en pacientes con cáncer de mama, en el cual la depresión se asoció de manera positiva y significativa, con un estilo de afrontamiento evitativo y de resignación (Jiang & Liu, 2007).

En el país, si bien no se hallaron investigaciones que relacionen directamente ambas variables, es de destacar el estudio realizado por Chau (2002) con pacientes oncológicos, ya que en este se halló correlaciones positivas y moderadas entre las estrategias evitativas *enfocar y liberar emociones* y el *desentendimiento conductual*, con *el grado de enfermedad* reportado por los pacientes, este último medido a través de una escala de medición del Estatus Performance, lo cual aportaría evidencia a un comportamiento aparentemente disfuncional, proveniente de dicho tipo de afrontamiento más evitativo.

Bajo este panorama difuso y en desacuerdo, en cuanto a la mayor o menor funcionalidad o disfuncionalidad, de determinados estilos y estrategias de afrontamiento más centrados en el problema, en la emoción u otros, utilizados para hacerle frente a un evento vital estresante, dentro del cual puede ubicarse el cáncer, emerge entonces la necesidad de mayores investigaciones, destinadas a esclarecer el papel de dichos estilos y estrategias puestos en escena, esto a fin de evitar que se desencadenen síntomas depresivos como consecuencia de un pobre ajuste, por lo que un estudio correlacional de ambas variables psicosociales se haría pertinente.

Planteamiento del problema

En vista de todo lo descrito anteriormente, resalta de manera alarmante, el ritmo con que el cáncer se ha venido a posicionar en nuestro contexto, hasta convertirse en la segunda causa de muerte, según cifras oficiales del MINSA (2007), destacándose para el caso al cáncer de mama, como uno de los tipos de neoplasias, con mayor incidencia en la población femenina de nuestro país, por lo cual la importancia de su elección como población sujeto de estudio, puede quedar plenamente justificada.

En ese sentido, cabe resaltar en dicha población oncológica la presencia de sintomatología depresiva, la cual probablemente habría sido generada, como parte de una dificultad para procesar y elaborar las pérdidas sobrevenidas, a consecuencia de la irrupción de un evento estresante vital, el cual traería consigo una serie de cambios difíciles de manejar, tanto a nivel del funcionamiento como dinámica habitual del individuo y su familia.

Bajo este contexto, el estudio del afrontamiento nos podría brindar un panorama, de aquellos estilos y estrategias habitualmente empleados por esta población, al momento de enfrentar un evento estresante, por lo que se obtendría un acercamiento indirecto, al tipo de estilos y estrategias desplegados por los pacientes al momento de lidiar con su enfermedad. En tal sentido, se podría capturar información

referencial, de cómo dichos pacientes estarían procesando y elaborando los cambios sobrevenidos con la neoplasia.

Al respecto, algunas investigaciones resaltan la funcionalidad de las diferentes estrategias de afronte, mientras que otras, se inclinan por una característica disfuncional de ciertos estilos y estrategias, que influirían negativamente sobre el ajuste y calidad de vida de dichos pacientes. En vista de ello, parece trascender la necesidad de ampliar el rango de investigaciones, que apunten a esclarecer dicho panorama confuso, esto sobre todo si se toma en cuenta, los pocos estudios realizados en nuestro medio con población semejante.

Una vez contextualizado y justificado, la relevancia del estudio de cada variable psicosocial en la población objetivo, se podría llegar a tener un mejor entendimiento, de cómo es que el conocimiento de las relaciones entre sintomatología depresiva, y determinados estilos y estrategias de afrontamiento, podría aproximarnos a los recursos psíquicos con los que cuenta dicha población, a fin de fortalecer en ella conductas de afronte más adaptativas, que favorezcan una mejor intervención y prevención de deterioro físico o mental.

En base a todo lo descrito, se considera entonces de lo más pertinente, plantearse la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en una muestra de pacientes con cáncer de mama? ¿Cuáles son las estrategias y estilos de afrontamiento empleados por una muestra de pacientes con cáncer de mama? ¿Existe alguna relación entre sintomatología depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento en dicha muestra?

Objetivos de estudio

Objetivo general:

Describir la relación entre sintomatología depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento, en una muestra de pacientes con cáncer de mama.

Objetivos específicos:

Los objetivos específicos planteados para el presente estudio son los siguientes:

1. Describir los niveles de sintomatología depresiva de una muestra de pacientes con cáncer de mama, según las variables sociodemográficas, Filiación al SIS y Tipo de ocupación, y las variables de enfermedad, Estadio clínico, Tipo de

Cirugía, Número de tratamientos médicos, Tiempo post cirugía, presencia de Enfermedades crónicas adicionales, y si recibió Tratamiento psicológico.

2. Describir los estilos y estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer de mama, según la variable sociodemográfica Filiación al SIS y según las variables de enfermedad, Estadio clínico, Tipo de cirugía y si recibió Tratamiento psicológico.



CAPÍTULO II

Metodología

La presente investigación es de nivel no experimental, en tanto no hay manipulación deliberada de variables, y de tipo correlacional con elementos descriptivos, ya que se pretende describir el grado de relación existente entre los constructos sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento, en una muestra de pacientes con cáncer de mama, sin ejercer control sobre las variables independientes, dado que sólo se analizaran los eventos ya ocurridos de manera natural (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Asimismo, según Hernández, et al. (2006) el diseño de investigación es de tipo transeccional o transversal, ya que la descripción de la relación entre las variables mencionadas se realizó en un momento determinado, y no a lo largo de un periodo de tiempo. Por otro lado, se tiene en cuenta los elementos descriptivos de cada constructo presente en la muestra, según variables sociodemográficas y de enfermedad.

Participantes

El universo de estudio está compuesto por 52 mujeres entre los 40 y 75 años de edad, con un nivel mínimo de instrucción de secundaria incompleta, diagnóstico de cáncer de mama en estadio clínico II o III, que han sido sometidas a intervención quirúrgica, sea esta cirugía de conservación o mastectomía con remoción de mama, con por lo menos un mes de anterioridad, y que han recibido quimioterapia neoadyuvante o adyuvante, radioterapia y/o terapia hormonal.

En tal sentido, el rango de edad corresponde a la mayor incidencia de casos de cáncer de mama, registrados durante el periodo 2000 a 2004 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2007). Los estadios clínicos, conciernen a la mayor frecuencia con qué éstos se presentan en la población que acude a consulta externa (INEN, 2007; Calderón, et al., 2005) a lo que se puede adicionar, una mayor probabilidad de riesgo para la expresión de sintomatología depresiva, en etapas avanzadas de la enfermedad (Ciaramella & Poli, 2001; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given & Given, 2002a; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given & Given, 2002b; Nausheen & Kamal, 2007).

Por otro lado, los criterios de intervención quirúrgica como de tratamiento obedecen a factores médicos, que asociados a determinados factores psicosociales, podrían incrementar el riesgo de manifestación de sintomatología depresiva, en los

pacientes que padecen de cáncer de mama. Ello a partir de entender cómo es que el tipo de cirugía puede alterar, en mayor o menor medida, el esquema corporal de la persona, trayendo consigo una serie de repercusiones psicológicas, sobre todo a nivel de la sexualidad y feminidad (Carreño & López, 2007; Nausheen & Kamal, 2007; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008) y cómo es que el tratamiento, sea éste administrado de manera única o combinada, puede convertirse para el paciente en una fuente de estrés (Oblitas & Palacios, 2009).

El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental, dado que no se realizó una aleatorización de los participantes para asignarlos a la muestra, sino que se hizo una selección de sujetos de manera accidental, por lo que su inclusión o no en la misma, estuvo sujeta a su presencia o ausencia en el lugar y momento de recolección (Kerlinger & Lee, 2002). Al respecto, los autores rescatan la importancia de las muestras no probabilísticas para determinados tipos de estudios, en los cuales su diseño de investigación no requiere tanto de una representatividad de los elementos de una población, sino más bien de una cuidadosa y controlada selección de sujetos con ciertas características específicas, determinadas previamente en el planteamiento del problema (Hernández, et al., 2006).

La muestra quedó conformada por 52 mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama, pacientes del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que asisten al servicio de consulta externa del departamento de la especialidad correspondiente, como parte de sus controles médicos y cuyas características se describen a continuación.

Las pacientes presentan un rango de edad entre los 40 y 72 años, con una media de 52.58 ($DE = 8.31$). En su mayoría residen en Lima (71.15%), cuentan con estudios secundarios incompletos (32.69%), están casadas (59.62%) y tienen hijos (94.23%) ($M = 2.45$, $DE = 1.32$).

A su vez, son amas de casa (65.38%), viven principalmente con su pareja e hijos (78.85%), profesan la religión católica (80.77%), no estando afiliadas al Sistema Integral de Salud (SIS) (53.85%). En la tabla 1 se precisa la distribución de la muestra según las variables sociodemográficas mencionadas.

Tabla 1*Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas*

Variable	F	%	Variable	F	%
Lugar de residencia			Tienen hijos		
Lima	37	71.15	Sí	49	94.23
Provincia	15	28.85	No	3	5.77
			Tipo de Ocupación		
			Ama de casa	34	65.38
			Activa económicamente	18	34.62
Nivel de Instrucción			Con quienes vive		
Secundaria	17	32.69	Familia nuclear	41	78.85
incompleta	10	19.23	Familia nuclear extendida	11	21.15
Secundaria completa	3	5.77	Filiación al SIS		
Técnico incompleto	7	13.46	No	28	53.85
Técnico completo	3	5.77	Sí	24	46.15
Superior incompleto	12	23.08			
Superior completo			Tipo de Religión		
Estado civil			Católica	42	80.77
Casada	31	59.62	Evangélica	7	13.46
Soltera	8	15.38	Testigo de Jehová	3	5.77
Separada	7	13.46			
Conviviente	4	7.69			
Divorciada	2	3.85			

n = 52

En relación a las variables de la enfermedad, la muestra está conformada básicamente por pacientes que padecen por primera vez el cáncer de mama y han sido sometidas a cirugía como parte de su tratamiento, exhibiendo un rango de tiempo postquirúrgico entre los 2 y 117 meses ($M = 34.79$, $DE = 28.08$).

De acuerdo a su distribución, la mayoría de las pacientes se hallan en un estadio clínico II (61.54%), presentan una mastectomía radical sin reconstrucción (63.46%) y han sido expuestas a dos tipos de tratamientos (50%) como resultado de la combinación de quimioterapia, radioterapia y/o terapia hormonal. Por otro lado, un alto porcentaje no recibe tratamiento psicológico alguno (84.62%), ni presenta enfermedades crónicas adicionales (84.62%). En la tabla 2 se puede observar la distribución de la muestra de acuerdo a algunas variables de enfermedad pertinentes.

Tabla 2*Distribución de la muestra según algunas variables de enfermedad pertinentes*

Variable	F	%
Estadio clínico de la enfermedad		
Estadio II	32	61.54
Estadio III	20	38.46
Tipo de cirugía		
Mastectomía radical sin reconstrucción	33	63.46
De conservación	19	36.54
Número de tratamientos médicos		
1	17	32.69
2	26	50.00
3	9	17.31
Recibió tratamiento psicológico		
No	44	84.62
Sí	8	15.38
Enfermedades crónicas adicionales		
No	44	84.62
Sí	8	15.38

n = 52

Finalmente, se halló para el Estadio clínico diferencias significativas en lo que respecta al Número de tratamientos, encontrando una mayor media de éste para el grupo en EC III ($M = 2.05$, $DE = 0.60$, $U = 234.50$, $p = .04$), en comparación al grupo en ECII.

Mediciones

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Ficha sociodemográfica

La ficha de datos sociodemográficos (ver Anexo A1), está destinada a recoger aquellos datos que han sido identificados dentro de la literatura como posibles variables intervinientes, dentro del estudio de la depresión y el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama.

En este sentido, se recogió información sobre los datos de filiación de los participantes: edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, lugar de residencia, tiempo de residencia en Lima, estado civil actual, número de hijos, grado de instrucción, ocupación, composición familiar y religión. Algunos datos específicos de salud: enfermedades crónicas adicionales al cáncer y diagnóstico de trastornos psiquiátricos previos. Así como información relevante respecto a la propia enfermedad en cuestión: diagnóstico, estadio clínico de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, recidiva o no de la enfermedad y tiempo transcurrido hasta su diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica realizada y el tiempo transcurrido desde la misma; y finalmente,

el tipo y el tiempo en que inició el tratamiento, sea éste quimioterapia neoadyuvante o adyuvante, radioterapia y/o terapia hormonal; pues dicha información permitirá analizar y comprender con mayor precisión los resultados obtenidos.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II): (Beck, A., Steer, R., Brown, G., 2006)

El Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión (ver Anexo A2), al igual que el primero, se fundamenta en el modelo teórico de Beck para explicar la depresión. Es una escala de tipo likert que consta de 21 ítems de auto reporte, el cual fue construido con el propósito de medir los niveles de depresión en población normal o psiquiátrica, a partir de los 13 años. En tal sentido, este inventario persigue describir la presencia y el grado de síntomas depresivos en dichas poblaciones, los que coincidan con los especificados en el DSM-IV, sin pretender establecer un diagnóstico clínico (Beck, Steer & Brown, 2006).

En cuanto a la puntuación, cada ítem es puntuado de acuerdo a una escala de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, y la puntuación total máxima que se puede obtener es de 63. En comparación a la primera versión, algunos aspectos han sido materia de cambio, por lo que los ítems 16 y 18 ahora cuentan con tres alternativas más de respuesta, que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones de la conducta y/o de la motivación; y se toma el valor más alto de la respuesta, en caso de que el evaluado marque más de una alternativa (Beck, et al., 2006).

Por otro lado, a fin de adentrarnos en materia de conocimiento de este inventario, se podría mencionar los siguientes síntomas evaluados por el mismo: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo (Beck, et al., 2006).

A nivel hispano, el instrumento cuenta con algunas adaptaciones como la española realizada por Sanz, Perdígón y Vásquez (2003) con una muestra de 470 adultos de población general, para la cual se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .87 y una validez factorial compuesta por dos factores: uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional (Sanz, Perdígón & Vásquez, 2003).

La adaptación de Carmody y Lega (2004) con 300 colombianos residentes en Estados Unidos, a quienes se les administró la versión en español del BDI-II (SBDI-II), obteniendo niveles menores de síntomas depresivos en las mujeres de la muestra colombiana, en comparación al grupo con el que se estandarizó el BDI-II (versión en inglés), mientras que resultados similares entre los varones de ambos grupos, demostrando que los factores subyacentes de depresión que experimentaron el grupo de colombianos, resultaron también ser muy similares a los identificados en el grupo de estandarización, el cual estaba formado en su mayoría por ingleses, estadounidenses y canadienses. En tal sentido, un modelo de tres factores compuesto por actitudes negativas, ejecución y síntomas somáticos, tendía a ser el modelo que presentaba el mejor ajuste para el SBDI-II, sin que por ello se anule la importancia de tener otros modelos con uno o dos factores.

Y la adaptación argentina, desarrollada por Brenlla y Rodríguez (2006) en la cual se empleó 325 pacientes clínicos externos y 472 personas de población general como muestras, reportándose a nivel de confiabilidad, coeficientes alfas de .88 para los pacientes y .86 para los sujetos del grupo de comparación, así como resultados para los procesos de validación convergente, discriminante y factorial. En relación a la convergente, el BDI-II correlaciona positivamente con la Escala de Depresión del Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota II (MMPI-II) ($r = .58, p < .01$) y con la escala de Depresión del Symptom Check List (SCL-90-R) ($r = .81, p < .001$), ambas adaptaciones de M. M. Casullo, realizadas en 1999 y 1998 respectivamente. Mientras que a nivel de validez discriminante, se relaciona significativamente con la escala de Ansiedad de la SCL-90-R, obteniendo un $r = .63 (p < .001)$, es decir, altamente significativo.

Finalmente, los resultados de la validez factorial obtenidos para esta adaptación, nos demostrarían su aproximación a los hallados para la española, en el sentido de que el BDI-II representaría dos dimensiones subyacentes a la dimensión general de la depresión, una cognitivo-afectiva y otra somática, que estarían correlacionadas significativamente, tanto en la muestra de pacientes como en la de la población en general (Beck, et al., 2006).

En dicha adaptación argentina, la sensibilidad del instrumento se habría antepuesto a la especificidad del mismo, ya que se optó por un umbral de detección más bajo para el cuadro clínico, con la finalidad de disminuir la probabilidad de cualquier falso negativo. En esa línea, se establecieron los siguientes puntos de corte para clasificar los niveles de depresión, teniéndose de 0 -13 un nivel mínimo, de 14 – 19 uno leve, de 20 – 28 uno moderado, y de 29 a 63 un nivel severo (Beck, et al., 2006).

En nuestro país, aún no se cuenta con una adaptación propia del instrumento, sin embargo, se puede resaltar la importancia de su empleo en numerosas investigaciones locales, las cuales persiguen entender la forma en que el cuadro clínico o la sintomatología depresiva, se van configurando en diferentes tipos de poblaciones.

En tal sentido, se puede destacar el estudio llevado a cabo por Rodríguez (2008) con 188 estudiantes pre universitarios y de universidad, ya que en éste se obtuvo para el instrumento, una confiabilidad por consistencia interna elevada ($\alpha = .91$, α factor 1 cognitivo-afectivo = $.87$ y α factor 2 somático = $.80$), así como una validez de constructo factorial confirmatoria, en la cual los ítems se agruparon bajos los dos factores del inventario original.

Por otro lado, la investigación de Alcántara (2008) realizada en una muestra de 50 adultos con diagnóstico de seropositividad, ya que reporta para el BDI-II, una confiabilidad general por consistencia interna de $.94$, así como una confiabilidad subdividida por factor: *factor 1 cognitivo-afectivo* = $.92$ y *factor 2 somático* = $.80$, los cuales son resultados que se asemejan mucho a lo hallado por Rodríguez (2008).

En el presente estudio se utilizó la versión argentina desarrollada por Brenlla y Rodríguez (2006).

Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE): (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)

El COPE (ver Anexo A3) fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), como un instrumento que apunta a estimar los estilos de afrontamiento de las personas ante determinadas situaciones estresantes. En tal sentido, los autores se basan en los modelos teóricos del estrés de Lazarus y el relacionado con la autorregulación conductual, con la finalidad de representar aquellas áreas de afrontamiento, que no habrían sido consideradas en el Inventario de Tipos de Afrontamiento, desarrollado por Lazarus y Folkman en 1980 (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

A nivel descriptivo, el instrumento está conformado por 52 ítems de formato tipo likert de 4 puntos, que se distribuyen alrededor de 3 áreas, incorporándose conceptualmente desde la propuesta de Carver, et al. (1989) 13 escalas o factores, que se corresponden con los 13 estilos de afrontamiento desarrollados por los mismos. En relación a la puntuación, los puntajes obtenidos en cada ítem, se suman con los correspondientes a cada subescala, de manera tal que se pueden obtener 13 puntajes, que facilitan la elaboración de un perfil de afrontamiento para cada sujeto (Carver, et al., 1989).

En cuanto a su adaptación al Perú, fue Casuso (1996) quién realizó la adaptación del instrumento en su versión disposicional para nuestro país, trabajando con una muestra de 817 estudiantes universitarios, observando que algunos coeficientes de confiabilidad para cada escala, solían estar por debajo de los valores hallados por Carver, et al., en 1989, variando éstos entre .40 y .86; así como que a nivel de la validez factorial, solo 11 de los 13 factores podían explicar más del 50% de la varianza total, frente a lo cual dicha autora propone una reorganización de la escala original (Casuso, 1996).

Asimismo, se puede destacar los datos proporcionados por Chau (1998) a partir de su estudio con 440 universitarios, el cual tomando como referencia al COPE original, obtuvo coeficientes de confiabilidad por consistencia interna entre .44 y .89 para las diferentes escalas, y observó que solo 9 de las 13 escalas solían conservar su forma originaria y explicar el 63% de la varianza total, ya que en las cuatro restantes se tuvo que eliminar un ítem, al presentar éstas bajas correlaciones ítem-test. En ese sentido, las escalas de *postergación del afrontamiento*, *de afrontamiento activo*, *de aceptación*, y *de desentendimiento mental* fueron las que no se confirmaron factorialmente, aunque se las mantuvo para salvaguardar la congruencia teórica (Chau, 1998). La misma autora posteriormente, desarrolló un nuevo análisis de confiabilidad en una muestra de 1162 universitarios, hallando para las escalas coeficientes alfa entre .50 y .90 (Chau, 2004).

Para la investigación correspondiente, se empleó la adaptación de la forma disposicional de la versión original del COPE, realizada por Casuso en 1996, ya que si bien habría sido de gran ayuda utilizar la forma situacional del instrumento, éste aún no se encuentra validado en nuestro medio, y además desde la teoría del afrontamiento, ambos tipos de afronte se hallarían significativamente relacionados (Carver, et al., 1989).

Procedimiento

En el presente estudio el acercamiento a la población objetivo, surge como parte de la realización del trabajo clínico de la investigadora en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, por lo que a fin de conducir cabalmente su ejecución, se solicitaron las autorizaciones correspondientes a las autoridades pertinentes de la institución emisora de la muestra. En tal sentido, se le brindó información específica acerca de los fines y procedimientos del estudio, sin dejar de resaltar los posibles beneficios del mismo para la población escogida.

Una vez obtenido el permiso correspondiente, se procedió en segunda instancia a la aplicación de 5 pruebas pilotos, con la finalidad de explorar la comprensión de los ítems de prueba y prever posibles dificultades durante el contexto de aplicación. En tal sentido el acceso directo a la muestra, se logró a través de los profesionales encargados de las jefaturas de los departamentos de Tumores Mixtos y Medicina.

Bajo este panorama, los sujetos participantes fueron contactados durante su visita al servicio de consultorio externo del departamento de la especialidad correspondiente, procediendo con ellos de la siguiente manera: en primer lugar, se les explicó de forma verbal los objetivos del estudio, el carácter anónimo y voluntario de su participación en el mismo, invitándolos a leer el consentimiento informado (ver Anexo A4).

En un segundo momento, y en base a su expresión o no de acuerdo en su participación, se procedió a la aplicación de los instrumentos en el orden descrito: una *Ficha sociodemográfica*, el *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)* y el *Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)*, siendo supervisados en todo momento por la investigadora, con la finalidad de absolver cualquier duda respecto a las pruebas.

En última instancia, luego de haber concluido la recolección de los datos, se procedió a realizar el análisis estadístico de los mismos, creando para ello una base con la ayuda del programa SPSS (versión 18.0), obteniéndose en primer lugar, los resultados correspondientes para la prueba de normalidad en cada variable, según el estadístico de Kolmogorov Smirnov; y en segundo lugar, lo correspondiente a las características descriptivas de la muestra, en función a las variables sociodemográficas y de enfermedad.

En relación al Inventario de Depresión de Beck II, el análisis de normalidad de los datos indicó una distribución no normal, tanto para el puntaje total de la escala como para el factor 1 cognitivo-afectivo, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para los análisis estadísticos correspondientes (Anexo B1). Asimismo, se obtuvo una distribución no normal, para los puntajes en el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento, empleándose los correspondientes estadísticos no paramétricos, en los análisis descriptivos y comparativos pertinentes (Anexo B3).

En tal sentido, se hallaron los descriptivos para cada prueba, y se obtuvo resultados para los análisis comparativos al interior de cada escala (prueba de U Mann Whitney), según variables sociodemográficas y de enfermedad relevantes.

Finalmente, se calculó las correlaciones entre los diferentes *Estilos y Estrategias de afrontamiento* y la *Sintomatología depresiva*, a través del coeficiente de Spearman, teniendo en cuenta los criterios de Cohen, para establecer la direccionalidad y robustez de las asociaciones.



CAPÍTULO III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de investigación. En primer lugar, se describen los hallazgos encontrados a partir de la administración del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), exhibiendo datos descriptivos relevantes tanto a nivel global como por cada uno de los dos factores componentes, a los que se adiciona las comparaciones pertinentes de los resultados del instrumento en función a las variables sociodemográficas y de la enfermedad. Posteriormente, se sigue la misma línea de presentación con el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE), detallando en un inicio los resultados descriptivos, seguidos por los análisis comparativos pertinentes. Finalmente, se muestran los análisis de correlación de ambos constructos, describiéndose la correlación entre los puntajes obtenidos para cada estrategia y estilo de afrontamiento con la puntuación total para el BDI-II.

Sintomatología depresiva

En relación al Inventario de Depresión de Beck II, se obtuvo a nivel de datos descriptivos, un puntaje mínimo de 1 y uno máximo de 37, observándose un puntaje medio muestral de 14.37 ($DE = 9.77$), el cual corresponde a un nivel leve de sintomatología depresiva. En referencia a dichos niveles de sintomatología depresiva, un 50% de la muestra presenta un nivel mínimo, un 23.08% uno leve, y un 13.46% un nivel moderado y severo respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1
Distribución de la muestra según el Nivel de sintomatología depresiva

Variable	F	%
Nivel de sintomatología depresiva		
Mínimo	26	50.00
Leve	12	23.08
Moderado	7	13.46
Severo	7	13.46
n=52		

Por otro lado, con la finalidad de establecer el predominio de síntomas somáticos en la muestra, los cuales podrían corresponder más a aspectos fisiológicos de la propia de la enfermedad, y no tanto al impacto emocional del proceso del cáncer, se procedió a hallar el peso de cada factor del BDI-II en la puntuación total de la escala, realizándose una serie de comparaciones con la prueba “T de Wilcoxon”.

En esa línea, se encontraron diferencias significativas ($Z = -3.79$, $p = .00$) entre los puntajes promedios para el factor 1 cognitivo-afectivo ($M = .60$, $DE = .51$) y el factor 2 somático ($M = .87$, $DE = .54$), siendo este último el que presentó mayor carga en la puntuación total de sintomatología depresiva para la muestra.

Adicionalmente, se desarrolló el mismo análisis para evaluar si el factor somático mostraba la misma tendencia predominante en los diferentes niveles de sintomatología depresiva, observándose que dicho comportamiento se mantuvo en los tres primeros niveles, a excepción del nivel severo en el cual ambos factores presentaron una carga similar (Tabla 2).

Tabla 2

Comparación de puntuaciones promedio entre los Factores componentes del BDI-II según el Nivel de sintomatología depresiva

		Factor 1 Cognitivo-Afectivo			Factor 2 Somático		Z
		N	M	DE	M	DE	
Nivel de sintomatología depresiva	Mínimo	26	.21	.17	.49	.33	-3.29**
	Leve	12	.70	.17	.95	.37	-1.80*
	Moderado	7	.92	.20	1.49	.20	-2.37*
	Severo	7	1.58	.16	1.49	.46	-1.02

* $p < .05$, unilateral

** $p < .01$, unilateral

En referencia a las variables sociodemográficas se halló que la condición de filiación al Sistema Integral de Salud (SIS), marcaba diferencias significativas en la puntuación total de sintomatología depresiva para la muestra. En ese sentido, dicha sintomatología fue mayor en aquellos que contaban con el SIS, en contraste al grupo que no lo tenía (Tabla 3).

Respecto a las variables de la enfermedad, el estadio clínico resultó significativo para la muestra, encontrando interesante observar la presencia de una mayor sintomatología depresiva en el EC II, en comparación al EC III (Tabla 3).

No se reportan diferencias significativas según otras particularidades sociodemográficas (Tipo de ocupación) y de enfermedad (Tipo de Cirugía, Enfermedades crónicas adicionales, y si recibió Tratamiento psicológico) (Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias según variables sociodemográficas y de la enfermedad en los Puntajes del BDI-II

Variables		N	M	DE	U
Filiación al Sistema Integral de Salud (SIS)	Sí	24	17.58	9.08	204.50*
	No	28	11.61	9.64	
Tipo de ocupación	Ama de casa	34	15.68	9.69	228.00
	Activa económicamente	18	11.89	9.70	
Estadio del cáncer	EC II	32	16.09	9.61	226.00*
	EC III	20	11.60	9.62	
Enfermedades crónicas adicionales	Sí	8	16.13	7.20	141.00
	No	44	14.05	10.20	
Recibió tratamiento psicológico	Sí	8	12.88	8.98	163.50
	No	44	14.64	9.98	
Tipo de cirugía	De conservación	19	16.84	9.72	233.50
	Mastectomía radical s/r	33	12.94	9.65	

* $p < .05$, unilateral

En esa misma línea, también se pudo observar que las correlaciones entre el puntaje total de la escala depresiva y el número de tratamientos médicos, y el tiempo post cirugía, tampoco resultaron ser significativas para la muestra de estudio (Anexo B2)

Afrontamiento

A nivel descriptivo, se podría decir en base a los puntajes promedio, que la muestra presenta una mayor tendencia a la utilización de un *Estilo de afrontamiento enfocado en la emoción*, en comparación a un *Estilo evitativo*, el cual se emplea con una menor tendencia (Tabla 4).

En relación a las Estrategias de afrontamiento, tal como se puede apreciar en la Tabla 5, la estrategia emocional el *Acudir a la religión* destaca dentro de todas como la de mayor media muestral, mientras que el *Desentendimiento conductual*, en la línea de lo evitativo, se presenta como la menos empleada por las pacientes.

Tabla 4

Distribución de la muestra según la Puntuación obtenida para las Estilos de afrontamiento

Variable	N	Mínimo	Máximo	M	DE
Estilo enfocado en el problema	52	1.25	3.35	2.35	0.51
Estilo enfocado en la emoción	52	1.80	3.80	2.69	0.50
Estilo evitativo	52	1.33	3.17	2.16	0.49

Tabla 5

Distribución de la muestra según la Puntuación obtenida para las Estrategias de afrontamiento

Variable	N	Mínimo	Máximo	M	DE
Afrontamiento activo	52	1.00	3.50	2.40	0.64
Planificación	52	1.00	4.00	2.42	0.68
Supresión de actividades competentes	52	1.00	3.75	2.13	0.69
Postergación del afrontamiento	52	1.00	3.50	2.29	0.56
Apoyo social instrumental	52	1.00	4.00	2.49	0.75
Apoyo social emocional	52	1.00	4.00	2.43	0.73
Reinterpretación positiva	52	1.25	4.00	2.90	0.73
Aceptación	52	1.00	4.00	2.65	0.84
Acudir a la religión	52	2.00	4.00	3.46	0.61
Negación	52	1.00	3.75	2.00	0.60
Enfocar y liberar emociones	52	1.25	4.00	2.44	0.72
Desentendimiento conductual	52	1.00	3.50	1.82	0.63
Desentendimiento mental	52	1.00	4.00	2.22	0.69

Con respecto a las variables sociodemográficas, la condición de filiación al SIS marcó diferencias significativas en los puntajes para los estilos y estrategias de afrontamiento, encontrándose un mayor empleo de un *estilo evitativo* y de la estrategia *desentendimiento mental* en el grupo que presentaba SIS, en comparación al grupo que no lo tenía (Anexo B4).

Acerca de las variables de enfermedad, se hallaron diferencias significativas para el Estadio clínico, observándose que las estrategias *Supresión de actividades competentes* ($U = 227.00$, $p = .04$), *Postergación del afrontamiento* ($U = 223.50$, $p = .03$) y *el Apoyo social instrumental* ($U = 217.50$, $p = .03$) en la línea de un afrontamiento más enfocado en el problema, resultaron ser las más empleadas por las pacientes en EC III, en comparación a las que presentaban ECII (Anexo B5).

A su vez, la variable Tipo de cirugía también resultó significativa para la muestra de estudio, encontrándose un mayor empleo de las estrategias emocionales *Aceptación* ($U = 214.00$, $p = .03$) y *el Acudir a la religión* ($U = 224.00$, $p = .04$), en las pacientes sometidas a mastectomía radical sin reconstrucción, en contraste con las del grupo De conservación (Anexo B6).

Con referencia a otras variables relevantes de la enfermedad (si recibió Tratamiento psicológico) no se hallaron diferencias significativas en la muestra, para los estilos y estrategias de afrontamiento empleados (Anexo B7).

Sintomatología depresiva y Afrontamiento

En cuanto al objetivo principal de la investigación, se encontró una correlación directa grande entre los puntajes totales para el *BDI – II* y el *Estilo evitativo del COPE* ($r = .53, p = .01$), lo cual nos podría indicar, que a mayor severidad de sintomatología depresiva presente en la muestra de estudio, mayor será la tendencia en ésta a emplear un estilo de afrontamiento evitativo, frente a situaciones percibidas como conflictivas o estresantes. En esa línea evitativa, se halló también una correlación directa grande entre los puntajes para el *BDI – II* y la estrategia *Enfocar y liberar emociones*, así como una correlación mediana entre la misma *escala de depresión* y la estrategia *Desentendimiento conductual* (Tabla 6).

Finalmente, también se observó que los puntajes para el *BDI – II* y la estrategia *Apoyo social emocional* correlacionaron significativamente en la muestra, aunque de manera pequeña, pudiendo decir en relación a ello, que las pacientes que presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva, tendieron a una mayor utilización de la búsqueda de soporte por razones emocionales, al momento de tener que enfrentarse a situaciones percibidas como estresantes (Tabla 6).

Tabla 6
Correlaciones entre el Puntaje total del BDI-II y los puntajes para los Estilos y Estrategias de afrontamiento

	BDI-II Total
	r_s
Estilo enfocado en el problema	.11
Afrontamiento activo	-.06
Planificación	.04
Supresión de actividades competentes	.15
Postergación del afrontamiento	-.02
Apoyo social instrumental	.17
Estilo enfocado en la emoción	.03
Apoyo social emocional	.29*
Reinterpretación positiva	-.10
Aceptación	-.05
Acudir a la religión	-.02
Negación	.24
Estilo evitativo	.53**
Enfocar y liberar emociones	.55**
Desentendimiento conductual	.33**
Desentendimiento mental	.20

* $p < .05$, bilateral

** $p < .01$, bilateral

CAPÍTULO IV

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la presente investigación, presentando, en primer lugar, las características más saltantes de la muestra en cuanto a la sintomatología depresiva, según variables sociodemográficas y de enfermedad relevantes; para luego comentar, lo hallado en relación a los estilos y estrategias de afrontamiento empleados conforme a las mismas variables. Como último punto se discute respecto a la relación encontrada para la muestra, entre la presencia de síntomas depresivos y los estilos y estrategias de afrontamiento.

En el presente estudio, no se pudo constatar gran presencia de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama, tal como lo sugiere la literatura revisada (Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009; Rodríguez, et al., 2007; Ruiz, Bermúdez, Olivares & Garde, 1999; Sánchez, Andrés, Peri, de Pablo & Salamero, 2002; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez-Manga, 2001; Weathersby, 2008) ya que ésta se presentó esencialmente en un nivel mínimo (50%), el cual se considera prácticamente nulo en sintomatología depresiva, y un nivel leve (23%). Dichos datos podrían sugerirnos, que la mayoría de los pacientes (73%) bajo estudio, estarían aparentemente pudiendo lidiar con su contexto estresante, por lo que no presentan indicadores alarmantes de síntomas depresivos. Sin embargo no deja de resultar preocupante, que un 27% de los pacientes se repartan entre los niveles moderado (13.5%) y severo (13.5%), por lo que cabría seguir investigando al respecto, sobre todo si es que se tiene en cuenta la dificultad para establecer en población oncológica, niveles reales de sintomatología depresiva.

En relación a ello, los resultados podrían estar afectados, en mayor o menor medida, por la presencia de una mayor carga del factor somático de la escala depresiva, el cual agrupa a los síntomas que obedecen a factores más fisiológicos que psicológicos, propios del proceso de enfermedad y/o tratamiento. En ese sentido, se dificulta establecer si es que los síntomas depresivos presentes en la muestra, responden más a un componente fisiológico producto del cáncer de mama y/o tratamiento, o a los aspectos más psicológicos, consecuencia del impacto emocional de la enfermedad en el funcionamiento habitual del paciente (Charlson & Peterson, 2002; Raison & Miller, 2003).

Al respecto, la ausencia de diferencias significativas en la distribución del factor cognitivo-afectivo y del factor somático, a un nivel severo de la escala depresiva, podría brindarnos algunas ideas en relación a lo que estaría detrás de dicho hallazgo,

pudiendo hipotetizar al respecto, que a un nivel severo de sintomatología depresiva resultaría más probable que los indicadores cognitivos-afectivos, puedan ser percibidos de manera más manifiesta y diferenciada en comparación a otros niveles, pues la presencia de un estado de tristeza persistente, labilidad emocional, anhedonia, culpa excesiva o inapropiada, sentimientos de desesperanza y desvalorización, e ideación suicida, configurarían la vivencia de un intenso malestar psicológico en el paciente, lo cual favorecería la toma en consideración de los aspectos más psicológicos del malestar, dejando del lado la centralización en los aspectos más somáticos (Cassem NH BJ, 1997, citado en Alarcón, 2006).

De acuerdo a ello, la carga de cada factor se distribuiría de manera más uniforme, a un nivel severo de sintomatología depresiva, por lo que los resultados encontrados a ese nivel podrían ser más confiables, en contraste a los otros niveles, en donde los resultados podrían estar enmascarando la vivencia más psicológica, por lo que se reportan proporciones bajas de síntomas depresivos, en relación a lo reportado por la literatura internacional revisada.

En lo que respecta a estudios nacionales, al comparar con los hallazgos de Alcántara (2008) obtenidos para el nivel severo, la proporción de pacientes oncológicos se presenta ligeramente menor (13.5%), en comparación a lo encontrado por la autora (20%) en pacientes con VIH, pudiendo esto obedecer, a que éstos últimos estarían vivenciando de manera más intensa la condición crónica de la enfermedad. Sin embargo, dicho porcentaje no se aleja demasiado de lo hallado para las pacientes oncológicas de la muestra, por lo que se evidencia de todas maneras un gran malestar emocional y psicológico en dicha proporción de pacientes.

En particular, si bien los resultados de Alcántara (2008) no corresponden específicamente a una muestra oncológica, éstos no dejan de ser importantes, sobre todo en ausencia de estudios locales con pacientes con cáncer, y por tratarse de una enfermedad con similar estatus crónico, por lo que salta a la vista, la necesidad de mayores estudios en nuestro contexto en relación a dicha variable.

Por otro lado, siguiendo en la línea de lo hallado para el constructo materia de análisis, resulta sugestivo lo encontrado para la variable sociodemográfica, *Filiación al Seguro Integral de Salud (SIS)*, valiendo la pena especificar en primer lugar, en qué consiste dicha variable, para luego entrar a tallar en materia de discusión.

El proceso de Filiación al SIS conlleva el análisis socioeconómico de una serie de variables propias del contexto del paciente, el cual tiene por finalidad determinar si es que es que éste se halla en un estado de pobreza o extrema pobreza, por el que se le imposibilite costear los gastos de un proceso de enfermedad y/o tratamiento,

recibiendo en tal caso el beneficio de la gratuidad, o el descuento en algunos de los servicios de salud y/o exámenes médicos (MINSA, 2009).

De acuerdo a esto las pacientes que cuentan con SIS, se hallarían en una condición socioeconómica de pobreza o extrema pobreza, la cual es muy probable constituye una fuente de estrés importante, que sumada a otros estresores propios de los cambios generados por la enfermedad, intensifican la vivencia desagradable del cáncer, al punto de manifestarse en la emergencia de sintomatología depresiva. Este hallazgo resultaría muy similar a lo encontrado por Golden-Kreutz & Andersen (2004), ya que estos reportan para una muestra equivalente, una correlación significativa entre grandes dificultades financieras y la presencia de indicadores depresivos. En base a lo descrito, resultaría entonces de lo más coherente, que las pacientes afiliadas al SIS manifiesten mayores síntomas depresivos, en comparación al grupo que no lo tiene.

En relación a las variables de enfermedad, resulta interesante lo hallado para el *Estadio clínico*, al observar mayores niveles de sintomatología depresiva en aquellas pacientes en EC II, en comparación a las de EC III, estando dicho resultado un tanto al margen de la tendencia en la literatura revisada, ya que ésta señala mayores niveles de dichos síntomas conforme el estadio clínico es más avanzado (Ciaramella & Poli, 2001; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given & Given, 2002a; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given & Given, 2002b; Nausheen & Kamal, 2007). Bajo este contexto, y de acuerdo al análisis del comportamiento de las variables, el hallazgo de mayores síntomas depresivos en las pacientes en EC II, podría obedecer a ciertos factores relacionados con un tipo de afrontamiento menos adaptativo en este grupo de pacientes, el cual no les estaría permitiendo elaborar de manera adecuada, todas las pérdidas simbólicas y concretas sufridas como producto del cáncer de mama.

En tal sentido, considero necesario revisar y analizar el hallazgo precedente, a la luz de lo obtenido para la variable *Estadio clínico* en cuanto a los Estilos y Estrategias de afrontamiento, esto con el fin de comprender cómo es que el tipo de afrontamiento desplegado, influye en las respuestas de ajuste de las pacientes al proceso de enfermedad.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las pacientes en EC III tenderían a una mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en comparación a las del grupo en EC II, pudiendo esto ser entendido de manera hipotética, si es que se toma en consideración que la valoración del evento estresante, como una amenaza más que como un daño o pérdida, brindaría a la persona una percepción de la situación, con posibilidad de cambio y la obtención de un resultado favorable, pese a los sentimientos de miedo y temor generados (Franks & Roesch, 2006).

En ese sentido, de manera hipotética, las pacientes del grupo en EC III podrían estar considerando a su enfermedad como un evento, que si bien amenaza a sus objetivos, recursos, y su propia vida, éste no necesariamente determina una visión de futuro totalmente negativa, ya que todavía cabría la posibilidad de que el tomar acciones respecto a su enfermedad, podría brindarles algún tipo de cambio favorable, por lo que dicho evento estresante sería percibido como controlable en alguna medida. Desde esa perspectiva, las pacientes buscarían restituir en parte la sensación de control perdido, a consecuencia de la coexistencia de agentes estresores, por lo que la percepción de control devuelto a través de dicho afrontamiento más orientado al problema, disminuiría sus niveles de estrés, expresándose en menor presencia de síntomas depresivos (Bussell, 2005; Lazarus, 1983, citado en Barra, 2003; Martin & Brantley, 2002, citados en Cassaretto & Paredes, 2006; Ransom, Jacobsen, Schmidt & Andrykowski, 2005; Schlegel, Talley, Molix & Bettencourt, 2009).

Así, el empleo de la *supresión de actividades competentes*, el cual consiste en dejar del lado ciertas actividades para concentrarse en el manejo del estresor, dentro del cual se puede considerar la enfermedad, el uso de *la postergación del afrontamiento*, esperando la oportunidad idónea para actuar sobre lo que puede estar constituyéndose un problema relacionado a la situación estresante, y *la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales*, a fin de obtener asistencia e información por ejemplo, respecto a lo todo lo concerniente al cáncer y opciones de tratamiento (Franks & Roesch, 2006), estarían aparentemente contribuyendo a devolver la sensación de control perdido, por lo que las pacientes del grupo en EC III se ven favorecidas en su adaptación y ajuste.

De este modo, se observa en promedio para este grupo un nivel mínimo de sintomatología depresiva, en comparación al grupo en EC II el cual exhibe una mayor media, y esto pese a que se encontró para las pacientes en EC III, una mayor media significativa en cuanto al número de tratamientos en contraste al grupo en EC II, siendo esto relevante debido a que el recibir quimioterapia, radioterapia y/o terapia hormonal de manera conjunta, podría significarle al paciente un agente estresor importante (Oblitas & Palacios, 2009), el cual sumado a otros ya presentes, terminarían por intensificar la vivencia del malestar emocional; sin embargo según lo observado esto no parece darse de tal manera para dichas pacientes en EC III.

Al respecto, cabría destacar que las pacientes de la muestra, estarían complementando dicho afrontamiento más orientado hacia el problema con un afrontamiento más emocional, al ser este último el que obtuvo mayor media muestral. En referencia a ello, resulta interesante comprobar la misma tendencia reportada por Solano (2001), Chau (2002) y Cassaretto & Paredes (2006), en cuanto a la mayor

preferencia por un estilo de afrontamiento más enfocado en la emoción, seguido por un afronte más orientado al problema, y la menor utilización de un afrontamiento evitativo. Así, las estrategias emocionales *el acudir a la religión*, *la reinterpretación positiva* y *la aceptación* fueron las más utilizadas, al igual que lo reportado por Solano (2001) y Chau (2002) en muestras de pacientes oncológicos, destacando dentro de todas el soporte en la religión. En cuanto al afrontamiento más evitativo, se destaca para la muestra la menor utilización de la estrategia *desentendimiento conductual*, lo cual coincide plenamente con lo hallado por las autoras mencionadas anteriormente, a las que se podría sumar Cassaretto & Paredes (2006) con su estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

En tal sentido, dichos hallazgos podrían sugerirnos que el afrontamiento emocional, parecería ser importante para los pacientes oncológicos y de otras enfermedades crónicas en nuestro contexto, al momento de enfrentar un evento estresante, por lo que éste se despliega preferentemente, y que se preferiría en menor medida emplear una actitud evitativa, cuando se tiene que lidiar con el mismo y procesar la pérdidas sufridas por su causa, dentro del cual se puede insertar el proceso de enfermedad como parte de dicha constelación estresora.

Sin embargo, la variable sociodemográfica *Filiación al SIS*, reportó una mayor utilización de un *estilo de afrontamiento evitativo* y de la estrategia *desentendimiento mental*, por parte del grupo de pacientes que presentaban dicha condición, los cuales como se explicó anteriormente, estarían en un nivel socioeconómico precario, capaz de constituirse en una fuente estresora importante.

En tal sentido, dicho grupo preferiría un afrontamiento más evitativo al momento de lidiar con sus eventos estresantes, por probables razones que se detallaran más adelante, cuando se trate ampliamente sobre la relación entre sintomatología depresiva y dicho tipo de afrontamiento, ya que según la literatura, éste estaría significativamente asociado con mayor presencia de distrés y síntomas depresivos en pacientes oncológicos y de otras enfermedades crónicas, resultando por tanto esperable, que dicho grupo afiliado haya mostrado una tendencia hacia su empleo, si es que se tiene en consideración que el mismo presentó mayores niveles de sintomatología depresiva, en contraste al grupo no afiliado al SIS.

En vista de lo descrito, parecería entonces que la variable *filiación al SIS* tendría cierto valor predictivo, en cuanto a la presencia de malestar emocional en las pacientes de la muestra.

En relación al *Tipo de cirugía*, se encontró que las pacientes sometidas a mastectomía radical sin reconstrucción, ostentaron una mayor tendencia a la utilización de estrategias emocionales, tales como la *aceptación* y el *acudir a la*

religión, en comparación al grupo que presentó una cirugía de conservación de seno. Al respecto, antes de adentrarnos en materia de discusión, valdría la pena señalar en primer lugar, algunos aspectos trascendentes acerca del impacto psicológico de dicho tipo de intervención quirúrgica, para posteriormente entender bajo este marco, cómo es que podrían estar funcionando dichas estrategias de afrontamiento.

La remoción de la(s) mama(s) a través de un procedimiento tan invasivo y perturbador como lo constituye la mastectomía radical, produce una suerte de *convulsión psicológica* en las mujeres que lo sufren, pues dicha intervención quirúrgica afecta a un órgano que es altamente valorado, tanto individual como socialmente. Las mamas son consideradas en el imaginario de las mujeres y del colectivo, como un distintivo abanderado de la feminidad, por lo que su extirpación es vivenciada como un atentando a la autoestima, a la autopercepción, y a la propia sexualidad, siendo fuente de gran malestar emocional en dichas pacientes, a lo que cabe adicionar el impacto de la propia enfermedad (Oiz, 2005).

No obstante, la reconstrucción mamaria es una alternativa estética que puede ofrecer según la literatura, la posibilidad de recuperar la imagen corporal alterada en dichas pacientes, por lo que tendría efectos psicológicos favorables en su proceso de rehabilitación (Atisha, et al., 2008, citados en Holland, et al., 2010); sin embargo ésta generalmente no suele realizarse en nuestro contexto de manera inmediata o a corto plazo, ya sea por las complicaciones fisiológicas y psicológicas que puede representar en algunos casos para las propias pacientes, y/o por la falta de soporte informativo y recursos económicos para someterse a dicha intervención (Eniu et al., 2007). En visto de lo descrito parecería entonces de lo más coherente, que un evento como *la mastectomía radical sin reconstrucción* pueda estar significando para estas pacientes, una fuente de angustia y ansiedad importante difícil de procesar y elaborar en el tiempo, esto en particular por las implicancias que surgirían en el cotidiano, al tener que lidiar a diario con todo aquello relacionado a la ausencia simbólica y concreta de dicho órgano.

Bajo este contexto podría tener mucho sentido, que el empleo de estrategias de afrontamiento basadas en la combinación de una *Aceptación*, por la cual la paciente acepta al cáncer de mama como una realidad (evaluación primaria) y la extirpación de su seno como un hecho inmodificable (evaluación secundaria), y la *Búsqueda de soporte y contención en la religión*, por la cual se provee de un espacio y red de soporte adicional, resulte mucho más frecuente en las mujeres mastectomizadas, ya que al parecer dichas estrategias estarían habilitándolas de herramientas suficientes, al momento de lidiar con la angustia y ansiedad, producto de la remoción mamaria y del impacto de la propia enfermedad y tratamiento. Al respecto

parece cobrar relevancia lo planteado por Lazarus y Lazarus (2000, citados en Cassaretto & Paredes, 2006) y Folkman (1999, citado en Barra, 2003) cuando señalan que la utilización de estrategias más emocionales, para el caso la *aceptación y búsqueda de soporte en la religión*, se suele observar con mayor tendencia, en aquellas situaciones estresantes que se perciben con nula o poca probabilidad de cambio a largo plazo, para el contexto, un evento como la mastectomía radical sin reconstrucción.

En referencia al objetivo de investigación principal, los resultados parecen finalmente conducirnos a la comprobación de lo planteado por algunos autores (Jiang & Liu, 2007), en cuanto a que la utilización de un estilo más evitativo de afrontamiento, al momento de enfrentarse a un evento estresante y su respectivo correlato psicosocial, está significativamente asociado a la presencia de sintomatología depresiva.

En relación a ello, la particularidad desadaptativa proveniente de dicho modo de afrontamiento ya se hacía advertir, al relacionársele en la literatura internacional (Kleinke, 2007; Carver & Scheier, 1994) y nacional (Cassaretto & Paredes, 2006; Chau, Morales & Wetzell, 2002; Romero, 2009) con una mayor presencia de estrés, malestar psicológico y menor estatus de salud en pacientes con enfermedades crónicas.

Dichos hallazgos podrían encontrar sustento, al distinguir en el afrontamiento evitativo ciertas características que obstaculizan y/o retardan, la emergencia y despliegue de elementos psíquicos necesarios para una adecuada elaboración del duelo, el cual se habría originado como correlato de las pérdidas sufridas, tanto por el propio contexto vital estresante, dentro del cual se puede insertar el proceso de enfermedad, como por la alteración en el funcionamiento habitual del paciente y su familia. Al respecto, el duelo se puede conceptualizar como un proceso psicológico, social y somático, el cual se dispara *normalmente* ante la advertencia de pérdidas o separaciones, de esta manera se encuentra determinado por múltiples factores, conscientes e inconscientes, culturales e individuales (Alarcon, 2006).

Las mujeres que padecen de cáncer de mama se enfrentan a un proceso de duelo, el cual les exige reelaborar sus objetivos emocionales, conductuales y de vida, con miras a un mejor ajuste y adaptación. En tal sentido, este proceso puede implicar la confrontación con una serie de miedos y temores, los cuales podrían representar una amenaza para la integridad psíquica, por lo cual algunas de ellas optarían por mantener dicha fuente de angustia lejos de la conciencia, al percibirse probablemente con recursos insuficientes para manejarla, prefiriendo por tanto la utilización de un tipo de afrontamiento más evitativo.

Con referencia a ello, algunos autores señalan que la valoración del cáncer como un daño o pérdida, estaría altamente relacionado con un tipo de afrontamiento evitativo. La línea argumentativa que sostiene tal afirmación, señala que dicha valoración consistiría en ver al cáncer como un evento que ha causado numerosas pérdidas irreparables, estando su vivencia acompañada de sentimientos de mucha frustración, miedo y desesperanza, los cuales inclinan a la persona a una evitación de todo aquello que las conecta con el dolor, pudiendo en tal sentido representarle una mejor forma de enfrentar la enfermedad, la utilización de estrategias evitativas de afrontamiento, tales como la *minimización* de la magnitud de la enfermedad, *el pensamiento ilusorio*, *la descarga emocional* y *la búsqueda de reforzadores en otras actividades*, esto último en la línea *del desentendimiento mental y conductual* (Franks & Roesch, 2006).

Al respecto Bednar, Wells, y Peterson (1989, citados en Kleinke, 2007) señalan que una de las principales desventajas de la utilización de dicho tipo de afrontamiento, estaría relacionada con el impedimento para un uso constructivo de la retroalimentación brindada por otras personas, pudiendo esto cobrar sentido, si es que se piensa en los beneficios del *feedback* en el procesamiento y elaboración de las pérdidas.

Bajo este contexto, se podría hipotetizar entonces, que las pacientes con una mayor tendencia al empleo de un afrontamiento evitativo, podrían estar asociando el significado de su enfermedad, a un evento vital originario de un daño o pérdida irreparable, por lo que tienden a excluir u omitir información externa valiosa, que les podría viabilizar un mejor ajuste al proceso de enfermedad.

Asimismo, se encontró una relación significativa entre la presencia de *síntomas depresivos* y la utilización de algunas *estrategias evitativas* también planteadas por la literatura (Culver, Arena, Antoni & Carver, 2002; Schlegel, Talley, Molix & Bettencourt, 2009) como el *Enfocar y liberar emociones* y *el Desentendimiento conductual*, pudiendo decir al respecto que la combinación de un afrontamiento, basado en la focalización y expresión abierta de las emociones desagradables generadas por el impacto de la enfermedad, y fundado en la disminución de los esfuerzos dirigidos a reducir el estresor, terminan aparentemente obstaculizando, el procesamiento de las pérdidas simbólicas y concretas sufridas por la paciente, por lo que su sensación de malestar emocional y psicológico se intensifica, al punto de manifestarse en la presencia de indicadores depresivos.

En vista de este panorama se podría concluir entonces, que la tendencia a la utilización de un afrontamiento evitativo, dificultaría el procesamiento y elaboración de las pérdidas sufridas, por lo que se vislumbra y se comprueba en el presente estudio,

una asociación fuertemente significativa entre dicho tipo de afrontamiento y la presencia de sintomatología depresiva, en pacientes oncológicos.

Sin embargo valdría la pena recordar, que el afrontamiento consiste en un proceso flexible, el cual progresivamente se va ajustando conforme la persona va procesando de manera más adaptativa, todo lo que le está significando la enfermedad en sus diferentes fases, por lo que el empleo de determinadas estrategias de afrontamiento en la línea más evitativa, podría resultar favorable para el ajuste del paciente bajo un determinado momento y contexto.

En relación a ello, Lazarus (1983 citado en Rodríguez-Marin, Pastor & López-Roig, 1993) señala que las estrategias evitativas parecerían ser más eficaces a corto plazo, durante el período inicial de la enfermedad, cuando los recursos emocionales están aún limitados por el impacto de la misma, por lo cual el paciente requeriría distanciarse del foco de angustia, con el fin de reorganizar su aparato psíquico y activar sus recursos más internos para hacerle frente al cáncer.

En esa línea argumentativa, cobra relevancia lo planteado por el mismo autor, cuando señala que la injerencia de las estrategias evitativas sobre el bienestar psicológico del paciente, no solo varía en función de la situación y sus circunstancias, sino también de las propias características individuales, pudiendo tener efectos diferentes, según el grado de distrés que experimenta el paciente. En ese sentido, para algunas pacientes les podría resultar mucho más adaptativo, el ser evitativas por ejemplo en un determinado momento del proceso de enfermedad, pese a la presencia de indicadores depresivos, mientras que para otras, el ser más aproximativas (Lazarus, 2000).

Según algunos autores, la utilización flexible de los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento, a lo largo de las diferentes fases del proceso enfermedad, favorecería un mejor ajuste en el paciente, que la centralización en un solo tipo de afrontamiento, ya que por ejemplo se reporta menores niveles de estrés en los pacientes, tras la utilización de la *distracción* durante la quimioterapia o en la fase de espera de resultados. Sin embargo, dicha estrategia más evitativa podría resultar poco viable, cuando por ejemplo se requiere tratar con el paciente, cuestiones relacionadas a un posible cambio en su tratamiento (Manuel, Burwell, Crawford, et al., 2007, citados en Holland, et al., 2010).

Finalmente, captura nuestra atención el que la utilización de una estrategia más emocional, como la *búsqueda de apoyo social por razones emocionales*, esté también relacionada con la presencia de sintomatología depresiva, al encontrarse para la muestra de estudio una relación pequeña pero significativa entre ambas, y este centro de interés se resalta, por el panorama difuso y divergente que presentan las

investigaciones respecto del afrontamiento emocional en pacientes con cáncer, el cual plantea en algunos casos, la funcionalidad de dicho tipo de afronte en el proceso de ajuste a la enfermedad (Filazoglu & Griva, 2008; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou & Koutri, 2007), mientras que en otros, la disfuncionalidad del mismo (Anisman, Merali & Hayley, 2008 citados en Taha, 2009).

Pese a dicha falta de consenso en la literatura, el presente hallazgo puede encontrar luces en lo que propone Taylor (2003), el cual señala que en algunas ocasiones la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión por parte de los demás, puede tornarse desadaptativa, en especial en aquellos casos, en los que la dinámica se establece básicamente como una catarsis para el paciente, y/o en un reforzamiento constante de una actitud sobreprotectora por parte del familiar, restándole al paciente, la posibilidad de activar sus funciones y recursos propios, por lo que se le complica el procesamiento y elaboración de sus pérdidas, lo que intensifica finalmente su malestar, al punto de expresarse en sintomatología depresiva.

Si bien lo expuesto anteriormente, brindaría soporte a la línea de investigación que propone cierta disfuncionalidad, por parte de algunas estrategias de afronte más orientadas a lo emocional, no deja de ser menos cierto que dicho resultado también se enmarca bajo un determinado contexto y particularidad, por lo que hay que contemplarlo a la luz de dicho panorama situacional.

Limitaciones del estudio

Toda investigación, particularmente en el campo de la psicología, involucra una serie de limitaciones las cuales son necesarias ser tomadas en cuenta, si es que se pretende profundizar o proponer nuevos modos de abordar las variables de estudio.

En relación a la presente investigación, la metodología empleada puede constituirse principalmente en una de ellas. En primer lugar, se podría decir que el diseño transeccional o transversal empleado, al recopilar la información en un momento único, no permite establecer una jerarquía temporal ni una direccionalidad, en el análisis del comportamiento de las variables de estudio, por lo que se hace imposible realizar inferencias, acerca de los posibles cambios que podrían sufrir dichas variables a lo largo del tiempo. En tal sentido, la utilización de un diseño prospectivo o longitudinal podría aportarnos mayores elementos y luces, al momento de analizar en que sentido, la flexibilización o rígidización de los diferentes estilos y estrategias de afronte a lo largo del proceso de enfermedad, podrían influir favorable o desfavorablemente en el ajuste del paciente a su cáncer.

En segundo lugar, al ser ésta una investigación de tipo correlacional, los resultados obtenidos no permiten establecer nexos causales entre las variables de

estudio, por lo que se dificulta establecer, si es que determinado tipo de estilo y/o estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, actúan como condicionantes de la emergencia y/o persistencia de síntomas depresivos en el paciente, o si es que es más bien, la presencia de sintomatología depresiva ante el impacto del diagnóstico, la que finalmente determina ciertos estilos y/o estrategias de afronte en el paciente, ante las diferentes fases del cáncer.

Por otro lado, los instrumentos de medición también pueden representar una limitación para el presente estudio, pues es innegable que las definiciones operacionales de las que parten los mismos, así como el marco conceptual bajo el cual se circunscriben, inevitablemente afectarán en alguna medida los resultados obtenidos. Así el empleo de cuestionarios de autorreporte, por ejemplo para la medición de los estilos y estrategias de afrontamiento, podría significar una limitación en la investigación, si es que se tiene en consideración que éstos apelarían a la evocación de un modo de accionar frente a un evento estresante, el cual no siempre suele estar de manera muy consciente en la persona. En visto de ello, la utilización o complementación con otras técnicas de evaluación para la variable mencionada, podría aportar mayores beneficios a la confiabilidad y validez de los resultados, sobre todo si es que se tiene en cuenta, el contexto de enfermedad crónica de los sujetos de estudio.

Finalmente, el tamaño de muestra utilizado podría resultar pequeño, en comparación a la mayoría de investigaciones reportadas por la literatura, por lo que se recomienda ampliar su cobertura a un número mayor de participantes, esto con la finalidad de otorgar una mayor representatividad y validez, a los hallazgos que se puedan obtener en futuras investigaciones.

Lineamientos para futuras investigaciones

Tras el análisis y discusión de resultados, es inevitable la emergencia de una serie de cuestionamientos y preguntas, los cuales apuntarían a marcar la pauta para futuras investigaciones en la línea temática.

De esta manera, se podría proponer la necesidad de identificar y controlar algunas variables, las cuales podrían estar influyendo y/o mediando en las respuestas obtenidas por los participantes, pudiendo señalar como algunas de las principales, a las representaciones mentales que se tienen acerca de la enfermedad, las redes de soporte social, los rasgos de personalidad, entre otras variables de estudio, que podrían también resultar relevantes.

Por otro lado, también cabría el mandato de incorporar algunos grupos de comparación, los cuales apunten a observar a los pacientes, tanto en la fase inicial del

diagnóstico, en la fase de tratamiento, como en la fase de control médico, ello con el fin de explorar por ejemplo, los niveles de sintomatología depresiva en las diferentes etapas del proceso de enfermedad, y el valor hipotéticamente predictivo de la variable *afiliación al SIS*, en cuanto a su relación con los niveles de malestar emocional presentado por las pacientes. Asimismo, para establecer en qué fases de la enfermedad, ciertos estilos y estrategias de afrontamiento, ya sea más orientadas al problema, a lo emocional o a lo evitativo, podrían resultar para el paciente más o menos adaptativos, durante su proceso de ajuste al cáncer.

La propuesta que apunta a estudiar y/o promover el uso flexible de los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento, al momento de hacerle frente a un evento tan estresante como el cáncer, podría tener mucho más sentido, que tratar de categorizar simplemente a dichas respuestas de afrente, en base a una supuesta funcionalidad o disfuncionalidad, ya que dicha clasificación podría implicar el riesgo de terminar sobrevalorando o subestimando, el valor adaptativo de ciertas configuraciones particulares de respuesta que tienen los pacientes durante su proceso de ajuste a la enfermedad.





Anexo A1

Ficha sociodemográfica

Código: -----

I. Datos de filiación:

Edad: ----- () SIS () No SIS

Fecha de nacimiento: ----- Lugar de nacimiento: -----

Lugar de residencia: ----- Tiempo de residencia en Lima: -----

Grado de instrucción:

() Secundaria incompleta ----- () Secundaria completa () Técnico incompleto

() Técnico completo () Superior incompleto () Superior completo

Estado civil actual:

() Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Separada

Número de hijos: ----- Edad del mayor: ----- Edad del menor: -----

Ocupación: ----- Religión que profesa: -----

Con quienes vive:

() Pareja () Hijos () Padres () Otros: -----

II. Datos relacionados al cáncer y la salud:

Diagnóstico: ----- Estadio clínico: ----- Fecha de diagnóstico: -----

() Recidiva de la enfermedad: ----- (tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico)

Tipo de cirugía:

() De conservación

() Mastectomía radical sin reconstrucción

() Mastectomía radical con reconstrucción

Tiempo transcurrido desde la cirugía:

() 1 - 2 semanas () 3 - 4 semanas () más de 4 semanas: -----

Tipo de Tratamiento recibido:

() Quimioterapia Inicio de curso de QT: ----- Nº de dosis en la que va: -----

() Radioterapia Inicio de curso de RT: ----- Nº de dosis en la que va: -----

() T. hormonal Inicio de curso de TH: ----- Nº de dosis en la que va: -----

¿Recibió alguna vez tratamiento psiquiátrico? () NO () SI -----

Enfermedad adicional al cáncer: -----

Observaciones: -----

Anexo A2

Protocolo del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Instrucciones

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente, luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio de Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza
0 No me siento triste
1 Me siento triste todo el tiempo
2 Estoy triste todo el tiempo
3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro
1 Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2 No espero que las cosas funcionen para mí
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
3. Fracaso
0 No me siento como un(a) fracasado(a)
1 He fracasado más de lo que hubiera debido
2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
3 Siento que como persona soy un(a) fracasado(a) total
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que estoy siendo castigado(a)
1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a)
2 Espero ser castigado(a)
3 Siento que estoy siendo castigado(a)
7. Disconformidad con Uno Mismo
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
1 He perdido la confianza en mí mismo(a)
2 Estoy decepcionado conmigo mismo(a)
3 No me gusto a mí mismo(a)
8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico(a) conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos suicidas
0 No tengo pensamientos de matarme
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Quería matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10.Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez
3 Siento ganas de llorar pero no puedo
11.Agitación
0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual
1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual
2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
12.Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3 Me es difícil interesarme por algo
13.Indecisión
0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14.Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso(a)
1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otro(a)
3 Siento que no valgo nada
15.Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre
1 Tengo menos energía que la que solía tener
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3 No tengo energía suficiente para hacer nada
16.Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
1a Duermo un poco más que lo habitual
1b Duermo un poco menos que lo habitual
2a Duermo mucho más que lo habitual
2b Duermo mucho menos que lo habitual
3a Duermo la mayor parte del día
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17.Irritabilidad
0 No estoy más irritable que lo habitual
1 Estoy más irritable que lo habitual
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
3 Estoy irritable todo el tiempo
18.Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
2a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a No tengo apetito en lo absoluto
3b Quiero comer todo el tiempo
19.Dificultad de concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada
20.Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer
3 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer
21.Pérdida de interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo
3 He perdido completamente el interés en el sexo



Anexo A3

Protocolo del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

Instrucciones

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que tú *generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reacciones en forma diferente, pero piensa **qué es lo que habitualmente haces tú.**

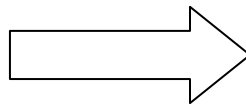
A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- 1 = Casi nunca hago esto**
2 = A veces hago esto
3 = Usualmente hago esto
4 = Hago esto con mucha frecuencia

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA.

ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

Avanza a la siguiente página



Qué es lo que tú *generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con muchísima frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema.				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.				
4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo.				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron.				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo.				
8. Aprendo a vivir con el problema.				
9. Busco la ayuda de Dios.				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones.				
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido.				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero.				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante.				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema.				
15. Hago un plan de acción.				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas.				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita.				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer.				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes.				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo.				

Qué es lo que tú *generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con muchísima frecuencia
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado.				
22. Pongo mi confianza en Dios.				
23. Dejo salir mis sentimientos.				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido.				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta.				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso.				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse.				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir.				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido.				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación.				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento.				
33. Aprendo algo de la experiencia.				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión.				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento.				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido.				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo.				
39. Sueño despierto(a) con cosas distintas al problema.				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema.				
41. Pienso en cómo podría manejar el problema.				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación.				

Qué es lo que tú *generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con much frecuencia
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema.				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar.				
47. Acepto la realidad de lo sucedido.				
48. Rezo más que de costumbre.				
49. Me molesto y soy consciente de ello.				
50. Me digo a mí mismo(a) "esto no es real".				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema.				
52. Duermo más de lo usual.				

Por favor, asegúrate de que has contestado todas las preguntas.

Muchas gracias.

Anexo A4

Consentimiento informado

A través de este documento expreso mi libre voluntad, sin coerción de por medio, de aceptar ser partícipe del proyecto de investigación que conduce la interna de psicología **Rocío Soto Bustamante**, el cual cuenta con el respaldo del responsable de Investigación del área de Psicología, y con la aprobación del INEN.

Así entiendo que la finalidad de dicha investigación, persigue comprender mejor los aspectos psicológicos relacionados al cáncer de mama, para que ello sea puesto al servicio de una mejoría en el cuidado y tratamiento de los pacientes que padecen dicho tipo de cáncer.

En tal sentido, tengo conocimiento de que si acepto ser participante, se me formularán preguntas relacionadas a cómo me siento, pienso y qué hago en determinadas situaciones que me generan malestar, así como que mi colaboración es totalmente voluntaria, por lo que llegado el caso, si es que así lo considero necesario, puedo retirarme del proyecto sin ningún tipo de amonestación.

Por otro lado, también se me ha dejado en claro que voy a contestar solo 3 cuestionarios, que la sesión durará aproximadamente 30 minutos, y que la información personal y respuestas proporcionadas, serán totalmente confidenciales, por lo que no se me podrá identificar al interior de la investigación más que a través de un código.

Finalmente, comprendo que los resultados del estudio solo serán presentados de manera grupal, más no individual, por lo que la información brindada a través de los cuestionarios, no podrá identificarme personalmente.

De acuerdo a lo descrito, y habiendo leído y entendido en su totalidad el contenido de este consentimiento informado, me dispongo a expresar mi acuerdo a través de mi firma. En fecha: _____

Firma del participante

Firma de la investigadora

De tener alguna duda puedo comunicarme al correo electrónico:
rociosb77@gmail.com



Anexo B1

Pruebas de normalidad en la distribución de la Puntuación Total del BDI-II y los puntajes para sus factores componentes

Variable	Kolmorov Smirnov
Puntuación Total BDI-II	.13*
Factor 1 Cognitivo-Afectivo	.14*
Factor 2 Somático	.11

* $p < .05$, bilateral

Anexo B2

Correlaciones entre el Número de tratamientos médicos y el Puntaje total del BDI-II

	BDI-II Total
	r_s
Número de tratamientos	.13

* $p < .05$, bilateral

Correlaciones entre el Tiempo post cirugía y el Puntaje total del BDI-II

	BDI-II Total
	r_s
Tiempo post cirugía	-.07

* $p < .05$, bilateral

Anexo B3

Pruebas de normalidad en la distribución de la Puntuación obtenida para los Estilos y Estrategias de afrontamiento

Variable	Kolmorov Smirnov
Estilo enfocado en el problema	.06
Afrontamiento activo	.14*
Planificación	.12*
Supresión de actividades competentes	.14*
Postergación del afrontamiento	.14*
Apoyo social instrumental	.11
Estilo enfocado en la emoción	.13*
Apoyo social emocional	.12
Reinterpretación positiva	.10
Aceptación	.13*
Acudir a la religión	.24**
Negación	.17**
Estilo evitativo	.12
Enfocar y liberar emociones	.14*
Desentendimiento conductual	.20**
Desentendimiento mental	.11

* $p < .05$, bilateral

** $p < .01$, bilateral

Anexo B4

Diferencias según la Filiación al SIS en los Puntajes obtenidos para los Estilos y Estrategias de afrontamiento

Variable	Filiación al SIS	N	M	DE	U
Estilo enfocado en el problema	Sí	24	2.39	0.47	300.00
	No	28	2.31	0.56	
Afrontamiento activo	Sí	24	2.45	0.60	321.50
	No	28	2.37	0.69	
Planificación	Sí	24	2.49	0.73	301.00
	No	28	2.36	0.65	
Supresión de actividades competentes	Sí	24	2.28	0.64	254.00
	No	28	2.01	0.71	
Postergación del afrontamiento	Sí	24	2.25	0.46	313.50
	No	28	2.32	0.64	
Apoyo social instrumental	Sí	24	2.50	0.66	320.50
	No	28	2.47	0.83	
Estilo enfocado en la emoción	Sí	24	2.72	0.50	319.00
	No	28	2.66	0.51	
Apoyo social emocional	Sí	24	2.56	0.62	259.50
	No	28	2.31	0.81	
Reinterpretación positiva	Sí	24	2.85	0.69	319.00
	No	28	2.94	0.78	
Aceptación	Sí	24	2.65	0.74	324.00
	No	28	2.65	0.93	
Acudir a la religión	Sí	24	3.47	0.61	330.50
	No	28	3.45	0.62	
Negación	Sí	24	2.05	0.58	287.00
	No	28	1.96	0.62	
Estilo evitativo	Sí	24	2.31	0.44	212.50*
	No	28	2.03	0.50	
Enfocar y liberar emociones	Sí	24	2.60	0.70	249.00
	No	28	2.29	0.72	
Desentendimiento conductual	Sí	24	1.85	0.58	305.00
	No	28	1.79	0.68	
Desentendimiento mental	Sí	24	2.47	0.67	208.00*
	No	28	2.01	0.65	

* $p < .05$, unilateral

Anexo B5

Diferencias según el Estadio clínico de la enfermedad en los Puntajes obtenidos para los Estilos y Estrategias de afrontamiento

Variable	Estadio del cáncer	N	M	DE	U
Estilo enfocado en el problema	EC II	32	2.25	0.49	239.00
	EC III	20	2.50	0.52	
Afrontamiento activo	EC II	32	2.41	0.65	306.00
	EC III	20	2.39	0.65	
Planificación	EC II	32	2.34	0.70	269.50
	EC III	20	2.54	0.65	
Supresión de actividades competentes	EC II	32	1.99	0.62	227.00*
	EC III	20	2.36	0.74	
Postergación del afrontamiento	EC II	32	2.16	0.55	223.50*
	EC III	20	2.49	0.52	
Apoyo social instrumental	EC II	32	2.34	0.67	217.50*
	EC III	20	2.73	0.83	
Estilo enfocado en la emoción	EC II	32	2.68	0.47	315.00
	EC III	20	2.70	0.56	
Apoyo social emocional	EC II	32	2.38	0.67	313.00
	EC III	20	2.51	0.84	
Reinterpretación positiva	EC II	32	2.84	0.67	276.50
	EC III	20	3.00	0.83	
Aceptación	EC II	32	2.70	0.82	288.00
	EC III	20	2.56	0.88	
Acudir a la religión	EC II	32	3.45	0.61	306.50
	EC III	20	3.48	0.62	
Negación	EC II	32	2.05	0.62	297.00
	EC III	20	1.93	0.57	
Estilo evitativo	EC II	32	2.19	0.52	293.50
	EC III	20	2.11	0.44	
Enfocar y liberar emociones	EC II	32	2.42	0.74	299.00
	EC III	20	2.46	0.70	
Desentendimiento conductual	EC II	32	1.94	0.66	237.00
	EC III	20	1.64	0.53	
Desentendimiento mental	EC II	32	2.22	0.73	314.00
	EC III	20	2.23	0.63	

* $p < .05$, unilateral

Anexo B6

Diferencias de acuerdo al Tipo de cirugía en los Puntajes obtenidos para los Estilos y Estrategias de afrontamiento

Variable	Tipo de cirugía	N	M	DE	U
Estilo enfocado en el problema	De conservación	19	2.36	0.56	301.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.34	0.50	
Afrontamiento activo	De conservación	19	2.26	0.71	252.00
	Mastectomía radical s/r	33	2.48	0.60	
Planificación	De conservación	19	2.47	0.76	289.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.39	0.64	
Supresión de actividades competentes	De conservación	19	2.21	0.74	284.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.09	0.66	
Postergación del afrontamiento	De conservación	19	2.34	0.63	283.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.26	0.52	
Apoyo social instrumental	De conservación	19	2.53	0.85	294.00
	Mastectomía radical s/r	33	2.46	0.71	
Estilo enfocado en la emoción	De conservación	19	2.59	0.47	245.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.74	0.52	
Apoyo social emocional	De conservación	19	2.62	0.70	239.00
	Mastectomía radical s/r	33	2.32	0.74	
Reinterpretación positiva	De conservación	19	2.75	0.74	250.00
	Mastectomía radical s/r	33	2.98	0.73	
Aceptación	De conservación	19	2.36	0.81	214.00*
	Mastectomía radical s/r	33	2.82	0.82	
Acudir a la religión	De conservación	19	3.29	0.60	224.00*
	Mastectomía radical s/r	33	3.55	0.61	
Negación	De conservación	19	1.92	0.53	298.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.05	0.64	
Estilo evitativo	De conservación	19	2.29	0.47	231.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.09	0.49	
Enfocar y liberar emociones	De conservación	19	2.54	0.74	276.00
	Mastectomía radical s/r	33	2.38	0.71	
Desentendimiento conductual	De conservación	19	1.93	0.57	235.00
	Mastectomía radical s/r	33	1.76	0.66	
Desentendimiento mental	De conservación	19	2.39	0.85	254.50
	Mastectomía radical s/r	33	2.12	0.57	

* $p < .05$, unilateral

Anexo B7

Diferencias según la exposición a una Intervención psicológica en los Puntajes obtenidos para los Estilos y Estrategias de afrontamiento

Variable	Recibió tratamiento psicológico	N	M	DE	U
Estilo enfocado en el problema	Sí	8	2.58	0.54	117.00
	No	44	2.30	0.50	
Afrontamiento activo	Sí	8	2.53	0.80	157.00
	No	44	2.38	0.62	
Planificación	Sí	8	2.69	0.58	122.00
	No	44	2.37	0.69	
Supresión de actividades competentes	Sí	8	2.50	0.83	122.00
	No	44	2.07	0.64	
Postergación del afrontamiento	Sí	8	2.47	0.53	138.00
	No	44	2.26	0.56	
Apoyo social instrumental	Sí	8	2.72	0.89	141.50
	No	44	2.44	0.73	
Estilo enfocado en la emoción	Sí	8	2.94	0.53	118.50
	No	44	2.64	0.49	
Apoyo social emocional	Sí	8	2.81	0.70	115.00
	No	44	2.36	0.72	
Reinterpretación positiva	Sí	8	3.25	0.60	115.50
	No	44	2.84	0.74	
Aceptación	Sí	8	2.88	0.86	147.00
	No	44	2.61	0.84	
Acudir a la religión	Sí	8	3.53	0.54	167.00
	No	44	3.44	0.63	
Negación	Sí	8	2.22	0.85	141.50
	No	44	1.96	0.54	
Estilo evitativo	Sí	8	2.39	0.56	125.50
	No	44	2.12	0.47	
Enfocar y liberar emociones	Sí	8	2.81	0.90	118.00
	No	44	2.37	0.67	
Desentendimiento conductual	Sí	8	1.91	0.74	161.00
	No	44	1.81	0.61	
Desentendimiento mental	Sí	8	2.44	0.40	117.50
	No	44	2.18	0.73	

* $p < .05$, unilateral

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcon, A. (2006). Cap. IX: El cáncer y la depresión (pp 209-234). En *Manual de Psicooncología*. Bogotá: Clínica de Marly.
- Albo, D., Ames, F., Hunt, K., Ross, M., Singletary, S. & Kuerer, H. (2003). Evaluation of lymph node status in male breast cancer patients: a role for sentinel lymph node biopsy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 77, 9-14.
- Alcántara, N. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- American Cancer Society. (2009). *Breast Cancer Facts & Figures*. Recuperado el 11 de setiembre del 2009 desde <http://www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf>
- American Joint Committee on Cancer. (2009). *What is cancer staging?*. Recuperado el 12 de setiembre del 2009 desde <http://www.cancerstaging.org/mission/whatis.html>
- American Society of Clinical Oncology. (2009). *Breast cancer. Staging with illustrations*. Recuperado el 12 de setiembre del 2009 desde <http://www.cancer.net/patient/Cancer+Types/Breast+Cancer?sectionTitle=Staging%20With%20Illustrations>
- Antoniou, A. C., Shenton, A., Maher, E. R., Watson, E., Woodward, E., Lalloo, F., Easton, D. F. & Evans, D. G. (2006). Parity and breast cancer risk among *BRCA1* and *BRCA2* mutation carriers. *Breast Cancer Research*, 8(6), 1-6.
- Barra, E. (2003). Cap. 1: Estrés y Salud (pp 23-50). En *Psicología social de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 33(6), 390-397.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck. Segunda edición Manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Bellon, J., Katz, A. & Taghian, A. (2006). Radiation therapy for breast cancer. En: *Hematology Oncology Clinics of North America*, 20, 239-257.
- Berger, A., Portenoy, R & Weissman, D. (2002). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Brothers, B. & Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18(3), 267-275. doi: 10.1002/pon.1394
- Bussell, V. (2005). Coping with adjuvant chemotherapy for breast cancer: Interrelations for problem- and emotion-focused coping and control. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 65(9-B). Recuperado desde PsycINFO (AAI3148147).

- Calderón, G., Poquioma, E., Vigil, C., Velarde, R., Abugattas, J., Cotrina, J., Garcés, M., León, M. & De la Cruz, M. (2009). Cirugía de conservación en cáncer de mama localmente avanzado en el año 2005 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Sociedad Peruana de Cancerología, Acta Cancerológica*, 37(1).
- Campos, S. (2005). Evolving treatment approaches for early breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89, S1-S7.
- Carmody, D. & Lega, L. (2004). *Características psicométricas del Inventario de Beck II, versión en español en una muestra de colombianos en USA*. New Jersey, USA.
- Carreño, G. & López, A. (2007). Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. En *Revista MedUNAB*, 10(1), 24-27.
- Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXIV (1), 109–140.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Charlson, M. & Peterson, J. (2002). Medical Comorbidity and Late Life Depression: What is known and What are the Unmet Needs?. *Biological Psychiatry*, 52, 226-235.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students: the rol of stress, coping and expectancies*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Chau, C., Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, XX (1), 93–131.
- Chau, C. (1998). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Christensen, S., Zachariae, R., Bonde Jense, A., Vaeth, M., Moller, S., Ravnsbaek, J. y Von der Maase, H. (2009). Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 113, 339-355.

- Ciaramella, A. & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology*, 10(2), 156-165. doi: 10.1002/pon.505
- Coalición Multisectorial "Perú contra el cáncer". (2006). *Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú*. Recuperado el 13 de setiembre del 2009 desde http://www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/2007/cancer/archivos/19_Ene_RM_N_030-2007-MINSA.pdf
- Culver, J., Arena, P., Antoni, M. & Carver, C. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing african americans, hispanics and non-hispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11(6), 495-504. doi: 10.1080/08870440310001652669
- Deshields, T., Tibbs, T., Ming-Yu, F. & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 398-406.
- Eniu, A., et al. (2007). La iniciativa global de la salud de la mama. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Tratamiento y asignación de los recursos. *The Breast Journal*, 13(1), S43-S61.
- Esserman, L. (2003). Neoadjuvant chemotherapy for primary breast cancer: lessons learned and opportunities to optimize therapy. *Annals of Surgical Oncology*, 11(1), 3S-8S. doi: 10.1245/ASO.2004.12.903
- Evans, D. & Howell, A. (2007). Breast cancer risk-assessment models. *Breast Cancer Research*, 9(5), 1-8.
- Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 559-573.
- Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Forsell, Y. (2000). Predictors of depression, anxiety, and psychotic symptoms in a very elderly population: Data from a 3-year follow-up study. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 15, 259-263.
- Franks, H. & Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037. doi: 10.1002/pon.1043
- Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. En: *Psycho-Oncology*, 13(3), 211-220. doi: 10.1002/pon.736
- Grabsch, B., Clarke, D., Love, A., McKenzie, D., Snyder, R., Bloch, S. et al. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care*, 4(1), 47-56.
- Hack, T. & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247. doi: 10.1002/pon.739

- Hartman, M., Lindström, L., Dickman, P., Adami, H-O., Hall, P. & Czene, K. (2007). Is breast cancer prognosis inherited?. *Breast Cancer Research*, 9(3), 1-8.
- Helme, S., Perry, N. & Mokbel, K. (2006). Screening mammography in women aged 40-49: Is it time to change?. *International Seminars in Surgical Oncology*, 3(4), 1-4. doi:10.1186/1477-7800-3-4
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Hess, K., Pusztai, L., Buzdar, A. & Hortobagyi, G. (2003). Estrogen receptors and distinct patterns of breast cancer relapse. *Breast Cancer Research and Treatment*, 78, 105-118.
- Hino, M., Sano, M., Sato, N. & Homma, K. (2008). Sentinel lymph node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in a patient with operable breast cancer. *Surgical Today*, 38, 585-591.
- Holland, J. et al. (2010). *Psycho-Oncology. Second Edition*. New York: Oxford.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2009). *Cáncer del seno*. Recuperado el 05 de setiembre del 2009 desde <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page1>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2009). *Perfil Epidemiológico*. Recuperado el 24 de setiembre del 2009 desde <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. (2007). Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en el INEN periodo 2000-2004. *Boletín del INEN*, 29(2), 66-81.
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Norte. (2009). *Registros Estadísticos*. Recuperado el 05 de setiembre del 2009 desde <http://www.irenorte.gob.pe/estadistica/estadistica.html>
- Jiang, L-h. & Liu, X-f. (2007). The relationship between depression and coping modes in patient with breast cancer. En *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 15(6), 652-653.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19(2), 139-155. doi: 10.1080/08870440310001652687
- Key, T., Verkasalo, P. & Banks, E. (2001). Epidemiology of breast cancer. *Lancet*, 2, 133-140.
- Kinkel, K. & Vlastos, G. (2001). MR Imaging: Breast cancer staging and screening. *Seminars in Surgical Oncology*, 20, 187-196.

- Kissanne, Grabsch, Love, Clarke, Bloch & Smith, (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 320-326.
- Kleinke, C. L. (2007). What does it mean to cope?. En R. Lazarus, A. Monat & G. Reevy (Eds.), *The Praeger Handbook on Stress and Coping: Vol 2(16)* (pp.289-308). London: Praeger.
- Kurtz, M. Kurtz, J., Stommel, M., Given, C. & Given, B. (2002a). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: A longitudinal analysis. *Supportive Cancer Care*, 10, 494–501.
- Kurtz, M., Kurtz, J., Stommel, M., Given, C. & Given, B. (2002b). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer: A longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 11, 12–22.
- Lazarus, R. S. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. En: Rice, V.H. (Ed.), *Handbook of Stress, Coping, and Health*, 195–222.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemon, S. C., Zapka, J. G., Clemow, L., Estabrook, B. & Fletcher, K. (2006). Mammography screening after breast cancer diagnosis in a first degree female relative: age group differences (United States). *Cancer Causes Control*, 17, 1053-1065.
- López Ibor, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209–211.
- Maly, R. C., Umezawa, Y., Leake, B. & Silliman, R. (2005). Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. *Psycho-Oncology*, 14(7), 535-545. doi: 10.1002/pon.869
- Mann, R. M., Kuhl, C. K., Kinkel, K. & Boetes, C. (2008). Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. *European Radiological*, 18, 1307-1318. doi: 10.1007/s00330-008-0863-7
- McPherson, K., Steed, C. M. & Dixon, J. M. (2000). The ABC of breast disease: Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 321, 624-628.
- Ministerio de Salud (MINSa). (2009). *Seguro Integral de Salud*. Recuperado el 29 de junio del 2010 desde <http://www.sis.gob.pe/Portal/productos/index.html>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2007). *Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer*. Recuperado el 19 de agosto del 2009 desde http://www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/2007/cancer_2007/peru_mundo.htm
- Moos, R. H & Schaefer, J A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger & B. Schomo (Eds), *Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects* (pp.234-257). Nueva York: Free Press.

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2007). Breast cancer risk reduction. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*, 1.
- Nausheen, B. & Kamal, A. (2007). Familial social support and depression in breast cancer: An exploratory study on a Pakistani sample. *Psycho-Oncology*, 16, 859-862. doi: 10.1002/pon.1136
- Oblitas, L. & Palacios, X. (2009). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer. Avances de la Psicooncología en Iberoamérica*. Bogotá: PSICOM editores.
- Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(supl. 2), 19–26.
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayasi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I. et al. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 61, 131-137.
- OncoGuía de mama (2003). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 2003.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Cáncer*. Recuperado el 19 de agosto del 2009 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La relación entre la salud física y la salud mental. Trastornos concurrentes. Día Mundial de la Salud Mental*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- Puente, J. & Martín, M. (2007). Actualización del tratamiento adyuvante en cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2/3), 311-329.
- Raison, C. L. & Miller, A. H. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 283-294.
- Ransom, S., Jacobsen, P., Schmidt, J. & Andrykowski, M. (2005). Relationship of Problem-Focused Coping Strategies to Changes in Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 243-253.
- Reddick, B., Nanda, J., Campbell, L., Ryman, D. & Gaston-Johansson, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2-3), 137-157. doi: 10.1300/J077v23n02_09
- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9-17.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.

- Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(1), 7-20. Recuperado el 03 de Setiembre de 2009 desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303893>
- Romero, S. M. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31(1), 97-109. doi: 10.1007/s10608-006-9110-1
- Ruiz, M., Bermúdez, J., Olivares, A. & Garde, S. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama. Un estudio cuasi-prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80.
- Sánchez, N., Andrés, S., Peri, J., de Pablo, J. & Salamero, M. (2002). Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percibido y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(5), 296-300.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. & Vásquez, C. (2003). Adapatación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Schlegel, R., Talley, A., Molix, L. & Bettencourt, B. (2009). Rural breast cancer patients, coping and depressive symptoms: A prospective comparison study. *Psychology & Health*, 24(8), 933-948.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, M. I., Jonker, C. & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life: Results of a prospective community-based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59, 127-137.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E., Beck, C. A. & Patten, S. (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11(4), 282-294. doi: 10.1002/pon.565
- Simon, H. & Zieve, D. (2008). Breast cancer. *Breast Cancer (A.D.A.M)*, 1-16.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M. B.; Cano-Vindel, A. & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.

- Solano, M. (2001). *Atribución y afrontamiento en personas adultas diagnosticadas de leucemia en el INEN*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sughayer, M. A., Al-khawaja, M. M., Massarweh, S. & Al-masri, M. (2006). Prevalence of hormone receptors and HER2/neu in breast cancer cases in Jordan. *Pathology Oncology Research*, 12(2), 83-86.
- Taha, S. A. (2009). *The experiences of women living with breast cancer*. Universidad de Carleton, Canada. Recuperado desde Proquest Dissertations and Theses database. (AAT MR60191)
- Tan, D-J., Barber, J. S. & Shields, P. G. (2006). Alcohol drinking and breast cancer. *Breast Cancer Online*, 9(4), 1-11.
- Taucher, S. (2006). Breast cancer guidelines. *European Surgery*, 38(1), 54-58.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology* (5a. ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Vabdaninia, M., Omidvari, S. & Montazeri, A. (2009). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients?. A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Weathersby, J. (2008). *Transcending the now: A grounded theory study of depressive symptoms in African American women with breast cancer*. Tesis doctoral, PhD. Universidad de Arizona, Estados Unidos. Recuperado desde Proquest Dissertations and Theses database. (AAT 3336636)
- Yankaskas, B. C. (2005, 2006). Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Disease*, 23, 3-8.