



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO CON RELACION A LA
DEPRESION EN MUJERES CON CANCER DE MAMA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA GUADALUPE ZAMANO CRUZ

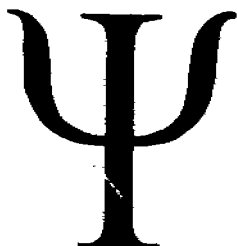
DIRECTORA DE TESIS: LIC. KARINA TORRES MALDONADO

MIEMBROS DEL COMITE: MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ

MTRA. GUADALUPE INDA SAENZ ROMERO

LIC. GABRIELA ROMERO GARCIA

LIC. DAVID RAUNEL REYES DOMINGUEZ



MEXICO, D.F.

2005

m. 341689



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Señor: Gracias por darme el conocimiento, la fuerza y el tiempo necesario para la realización de este proyecto.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo, recepcional.
NOMBRE: Natia Guadalupe Zamora Cruz
FECHA: 07-03-2005
FIRMA: [Firma manuscrita]

Este trabajo esta dedicado a las mujeres que al participar en él lo hicieron posible.

Gracias

A mis padres

A Irma por su ayuda incondicional.

A Alfredo quién comparte conmigo las cosas más importantes de la vida:
Amor, libertad, amistad y respeto.

A Miguel Ángel y Helena:
Con profundo amor, por iluminar mi vida.

Quiero reconocer al Hospital Central Militar, en especial a la Teniente coronel Catalina Arriaga y a la Sargento Oliva Ramirez, por las facilidades y el apoyo otorgado para la realización de esta investigación.

Agradezco a Grupo RETO por la ayuda ofrecida en todo momento para la realización de este estudio.

De manera muy especial quiero hacer un reconocimiento, a la Licenciada Karina Torres Maldonado, por su compromiso, apoyo incondicional, conocimiento y acertada dirección para llevar a cabo este trabajo.

Agradezco muy particularmente al Lic. David Raunel Reyes Domínguez, por su invaluable ayuda, para la realización de esta investigación.

Agradezco también a la Licenciada Gabriela Romero García, por su ayuda y apoyo durante la realización de este trabajo.

Manifiesto también mi agradecimiento a los miembros del comité:

Mtra. Guadalupe Inda Sáenz Romero
Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez
Lic. Gabriela Romero García
Lic. David Raunel Reyes Domínguez

"Hace parecer como si el cuerpo destruyera nuestro ser. En apariencia viene el mal no se sabe de donde, y fustiga sin previa advertencia, mostrando sus efectos en el paciente en cualquier parte del organismo... El cáncer representa el estado anormal del ser físico que simboliza al mismo tiempo nuestra tenue capacidad de conservar la vida y la frágil realidad de nuestro autocontrol".

INDÍCE

Páginas

Capítulo I	El Cáncer.....	1
Concepto de enfermedad.....		1
Antecedentes históricos.....		5
Generalidades.....		9
Carcinoma mamario.....		20
El cáncer desde una perspectiva psicológica.....		27
Capítulo II.	Estilos de afrontamiento.....	40
Concepto de estrés.....		40
Concepto y proceso de afrontamiento.....		42
Funciones del afrontamiento.....		43
Estilos de afrontamiento.....		44
Determinantes: recursos y determinantes.....		46
Afrontamiento y enfermedad.....		51
Capítulo III.	Depresión.....	56
Reseña histórica.....		57
Enfoque psicoanalítico de la depresión.....		60
Modelo interpersonal existencial.....		62
Modelo conductual.....		63
Modelo cognitivo conductual.....		64
Modelo de incapacidad aprendida de Seligman.....		65
Teoría cognitiva de Beck.....		66
Enfermedad depresiva.....		67
Cuadro clínico de la depresión.....		68
Clasificación de la depresión.....		71
Trastornos del estado de ánimo (DSM IV-TR).....		74
Episodio depresivo mayor.....		75
Trastorno depresivo mayor.....		77
Trastorno depresivo mayor, episodio simple.....		77
Trastorno depresivo mayor recurrente.....		78
Trastorno distímico.....		78
Trastorno no especificado.....		80
Depresión y cáncer de mama.....		81
Instalación del cuadro depresivo.....		83

Capítulo IV.	Metodología.....	86
Planteamiento del problema.....		86
Hipótesis de trabajo.....		86
Variables.....		88
Diseño.....		89
Tipo de estudio.....		89
Escenario.....		90
Muestreo.....		90
Sujetos.....		90
Instrumentos.....		90
Procedimiento.....		92
Tratamiento estadístico.....		92
Capítulo V	Resultados.....	94
Descripción de la muestra.....		94
Correlación entre estilos de afrontamiento y depresión en la muestra total.....		96
Diferencias por edad en la muestra total.....		96
Diferencias por estatus operatorio en la muestra total.....		97
Diferencias por tratamiento y edad en los factores de las escalas estilos de afrontamiento y depresión.....		97
Factores de la escala estilos de afrontamiento determinados por la edad.....		97
Factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por la edad.....		99
Factores de la escala de estrategias de afrontamiento determinados por el tratamiento.....		99
Factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por el tratamiento.....		100
Capítulo VI	Discusión.....	101
Descripción de la muestra.....		101
Análisis de correlación.....		102
Diferencias determinadas por la edad en estrategias de afrontamiento y depresión.....		103
Diferencias determinadas por el tratamiento en estrategias de afrontamiento y depresión.....		104
Referencias.....		110
Anexos.....		119

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa, considerada por algunos autores como psicossomática, dicha enfermedad provoca un impacto psíquico, capaz de desestructurar casi totalmente el equilibrio anímico y afectivo. Este atentado contra la estructura psíquica, tiene como resultado más frecuente ansiedad, desesperanza y *depresión* en los individuos que la padecen. (Florez, 1994). Esta enfermedad representa una de las mayores y más frecuentes agresiones que pueden sufrir las personas y sus familias, puesto que una de cada dos personas se enfrentará a un tumor maligno en su vida.

En el mundo el cáncer se sitúa entre las primeras cinco causas de mortalidad y en los países occidentales, es la segunda causa de muerte (López, 1999). Se ha observado que los tipos predominantes de cáncer varían de un país a otro, o bien siguen una tendencia diferente. En México, destacan entre las mujeres, el cáncer de cuello uterino y el *cáncer de mama* (Cortinas, 1998).

En nuestro país, el cáncer mamario, el cual fue motivo de esta investigación, constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más; con un crecimiento anual superior al 5%. Diariamente se registran en México alrededor de 10 muertes por esta causa, generando la pérdida de un importante número de años de vida (Programa de acción, cáncer de mama 2001-2006 Secretaría de Salud).

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento incontrolado de células con carácter invasivo que dañan tejidos y órganos y pueden causar la muerte.

En la actualidad el tema de la enfermedad oncológica es de gran preocupación para las diferentes disciplinas que constituyen las ciencias médicas, las cuales confieren un vínculo principalmente biológico a dicho padecimiento (Flórez, 1994).

Aunque si bien, es cierto que las investigaciones sobre el cáncer, se han orientado preferentemente en el aspecto médico, desde el punto de vista biológico y que el factor psicológico se ha estudiado muy poco, existen algunas investigaciones que le otorgan prioridad. Entre estas se encuentra la de Asato (1991), que estudió la ansiedad y depresión en pacientes oncológicos y su interrelación con el dolor, la de Salazar (2000), que estudió el cáncer de mama y su efecto en la dinámica familiar, con una propuesta de intervención psicoterapéutica; la que realizó Ayala (2001), quien investigó acerca de los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer, estas por mencionar algunas.

Se debe tener en cuenta que es muy importante el estudio de esta enfermedad desde una perspectiva integral, la cual abarque los aspectos médico y psicológico, ya que esta enfermedad genera un impacto psicológico desmedido.

Se sabe que ante la notificación del diagnóstico positivo al cáncer de mama, la mujer desencadena una serie de reacciones emocionales desfavorables, las cuales en la mayoría de los casos no se atienden en ese momento, por dárles prioridad a los tratamientos médicos, de los que se hace uso para combatir la

enfermedad; lo que provoca que estas reacciones se incrementen, porque se han pasado por alto los aspectos emocionales; entre dichas reacciones esta la depresión, la cual repercute en la integridad física de la mujer, en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia, creando en las pacientes sentimientos de confusión, miedo, amenaza a ver dañada su imagen corporal, desesperanza y frustración (Florez, 1994).

De lo anterior se concluyó que se debe tener en cuenta el tratamiento integral de la mujer, abordando no solo el área física que es fundamental, sino también el área psíquica. Ya que si por un lado es cierto que el área física tiene influencia sobre el área emocional, esta última contribuye de manera directa para el deterioro o mejora de la salud en general.

Se cree que el grado de depresión que se presenta en las pacientes con cáncer de mama puede estar relacionada de manera directa con la edad de las pacientes y con los estilos de afrontamiento de los que hacen uso, desde el momento mismo en que reciben el diagnóstico, durante el curso de la enfermedad y a causa de los tratamientos a los que son sometidas, por tal motivo esta investigación trató de contribuir en el estudio de las mujeres con cáncer de mama de una manera integral, abordando el aspecto psicológico, es así como se analizó una muestra de mujeres mexicanas con dicho padecimiento y se encontró que las mujeres que desarrollaron mayor sintomatología depresiva en el transcurso de su enfermedad fueron aquellas que adoptaron estilos de afrontamiento inadecuados, también se encontró que las mujeres jóvenes desplegaron mejores estilos de afrontamiento ante el padecimiento.

CAPITULO I

EL CÁNCER

El término "cáncer" se refiere a un grupo de enfermedades en las cuales las células crecen y se diseminan libremente por el cuerpo. Es difícil imaginarse a alguien que no haya escuchado acerca de esta temida enfermedad. Muchas personas de una forma u otra han sido afectadas por el cáncer. Por eso, es importante tener conocimientos básicos sobre el origen, el diagnóstico, las causas, la prevención y el tratamiento de este padecimiento.

El concepto de enfermedad

La mayoría de las enfermedades que conocemos con el nombre de cáncer, se clasifican en la categoría de las enfermedades crónicas (Asato, 1990).

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico, ya que es vista no solo como un presagio de muerte, sino como un camino doloroso que lleva hacia ella. En este camino se hace presente una actitud sobresaliente e importante, el miedo: miedo al dolor que pueda causar la enfermedad, miedo a que la enfermedad sea fatal, miedo a los tratamientos y/o a los efectos secundarios de los mismos, sobre todo a aquellos que supongan una mutilación (Hossfeld, 1992).

El temor que suscita la palabra cáncer está matizado por las ideas que la sociedad le adjudica a dicho padecimiento. El cáncer evoca imágenes de abandono, soledad y desesperación, por eso no se debe pasar por alto su índole simbólico y alegórico; así como tampoco la marca o estigma social que padece el enfermo oncológico, puesto que este estigma afecta las relaciones personales, la vida laboral, familiar y la imagen del paciente, provocándole estrés, el cual se puede volver intolerable y suficiente para provocar depresión profunda, poca o ninguna tolerancia a los tratamientos y la renuencia o incapacidad del paciente para recibir atención médica y psicológica.

Es importante entonces, tener en cuenta los aspectos emocionales del paciente oncológico, para poder ayudarlo a manejar sus emociones y sentimientos y que de esta manera aminore su dolor (Asato, 1990).

Por esto en la actualidad es necesario considerar el mayor número de factores que intervienen en el proceso de salud enfermedad no solo desde el punto de vista médico, sino también psicológico.

Es así que la medicina ha ido evolucionando de lo individual a lo social, lo que trae como consecuencia que algunos conceptos como el de salud y enfermedad, sigan esta línea evolutiva. Anteriormente estos se consideraban solo desde el punto de

vista fisiológico, por lo cual los tratamientos que se proporcionaban a los pacientes estaban dirigidos solo al aspecto físico.

Actualmente existe una tendencia creciente, a considerar al paciente como un ser integral, abarcando la mayoría de factores que intervienen en el proceso salud enfermedad, tomando en cuenta, influencias tanto positivas como negativas, que los individuos reciben de la comunidad donde viven; influencias que pueden ser: Físicas, psicológicas, sociales y biológicas .

De acuerdo con esto los conceptos de salud y enfermedad no son opuestos uno del otro, antes bien, quedan definidos como los diferentes grados que tiene el individuo para adaptarse al ambiente en que vive; y que los factores del ambiente natural, de la herencia biológica, cultural, social y de las variaciones psicológicas individuales que ayudan a la adaptación o salud, son los mismos que en un momento determinado producen la inadaptación o enfermedad. (San Martín, 1983).

En los últimos años se ha destacado, el papel que juegan los factores psicológicos en la enfermedad, por ejemplo se considera que la hipertensión surge en sujetos competitivos y hostiles, las cefaleas migrañosas representan necesidades agresivas, se ha visto también en pacientes que han padecido ataques cardíacos, que éstos han sido propiciados en gran parte por eventos estresantes (Rosenzweig y Leiman, 1992). Asimismo se han resumido una serie de investigaciones acerca del patrón de conducta tipo A, e indican que los individuos con patrón A de conducta que se caracterizan por ser competitivos, impacientes, hostiles, acelerados en el habla y los movimientos, presentan una incidencia y prevalencia de enfermedades cardíacas coronarias, superiores a los individuos con patrón B de conducta los cuales son relajados, con escasa evidencia de impulsos agresivos y de hacer las cosas de forma rápida Krantz y Glass (1984 citados en Rosenzweig y Leiman, 1992).

Sin embargo, el factor emocional, es uno de los tantos factores que determinan la aparición, el mantenimiento y el tratamiento de enfermedades corporales; ya que existen otros factores como la predisposición constitucional a la alteración de determinados órganos, los factores nutricionales, sociales y de afrontamiento al estrés, que influyen en la enfermedad médica. (Rosenzweig y Leiman, 1992).

De acuerdo a lo anterior los tratamientos médicos no deben estar centrados solo en el aspecto físico; se crea la necesidad de que la medicina entre en asociación con otras disciplinas o ciencias, para tratar al individuo como un ser integral, el cual además de padecer los síntomas de su enfermedad física, se enfrenta al mismo tiempo, con una serie de desajustes emocionales y sociales. Entre los desajustes propiciados por las enfermedades crónicas como el SIDA, la diabetes, el asma, las afecciones cardiovasculares y por supuesto *el cáncer*, entre otras, se encuentran en el área psicológica, los trastornos de adaptación, de ansiedad y la depresión, dichos trastornos están relacionados con la capacidad de los pacientes

primero, de afrontar el diagnóstico y luego, el tratamiento de la enfermedad, en este caso el cáncer.

Por otra parte en el área psicosocial, también existen notables desajustes, ya que este tipo de enfermedades propician importantes alteraciones en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico, el que supone cambios en la esfera laboral, familiar y de las relaciones interpersonales (Vidal y López, 1999).

Es así que el cáncer, su concepto y la forma de tratamiento, deben seguir la misma línea evolutiva, brindando al paciente oncológico una atención integral, reconociendo desde luego, la importancia que tienen las terapias de apoyo psicológico en beneficio del paciente. Apoyando esto existe una investigación que se llevó a cabo para determinar si la participación de mujeres con cáncer de mama en un grupo de intervención psicosocial del tipo cognitivo-conductual, mejoraba sus condiciones emocionales; encontrando que las mujeres del grupo redujeron sus niveles de depresión y de ansiedad, presentaban menos perturbaciones del humor, menos síntomas psiquiátricos y mejor calidad de vida en general (Simpson, Steven, Carlson, Trew., 2001).

A continuación se abordará el cáncer desde su perspectiva médica, no sin antes hacer una revisión de los antecedentes históricos de dicha enfermedad.

Antecedentes históricos del cáncer

El cáncer no es un padecimiento reciente o producto de la modernidad, es muy antiguo y se remonta al origen de la vida; esto se basa en los tumores que se encontraron en vértebras de dinosaurios, del periodo mesozoico; por otro lado 2000 a 1500 a.C. el documento indio Ramayana y el Papiro Egipcio de Ebers, ya hacían referencia a dicha enfermedad (Cortinas, 1990).

El origen de la palabra cáncer que significa cangrejo, se atribuye a Hipócrates médico griego, 500 a.C. (Matos, 2003). "La analogía cáncer-cangrejo se debe a la creencia de que la acumulación de vasos sanguíneos en las proximidades de los tumores cancerígenos, se asemeja a las patas de los cangrejos" (López y De la Cruz, 1994, p.2).

Hipócrates en su teoría humoral identifica cuatro elementos o humores: bilis amarilla ó colé; sangre ó hema; bilis negra ó atrabilis; y flema o pituita; decía que cuando estos elementos se encontraban en exacto equilibrio existía la salud, si el equilibrio desaparecía se originaba la enfermedad. Afirmaba también que la capacidad de invasión y destrucción de las células tumorales se debían a un exceso de bilis negra (López y De la Cruz, 1994).

Henry (1981) menciona que aproximadamente 600 años después aparece Galeno, el que siguiendo la línea de Hipócrates dijo que la bilis negra se concentraba en las regiones de invasión tumoral. Menciona también que Galeno, además de apoyar la teoría humoral estableció una clasificación de los tumores:

- a) Los que eran producto de la maduración o del desarrollo normal, a los que llamó *tumores según natura*, como ejemplo de ellos, tenemos la hipertrofia de la glándula mamaria, lo que es resultado de la maduración sexual en la mujer.
- b) Aquellas proliferaciones celulares que respondían a un requerimiento del organismo, para reparar algún tipo de daño causado en el mismo; por ejemplo la restauración de una herida o fractura, y a los que les dio el nombre de *tumores extra natura*.
- c) Y por último las proliferaciones celulares que no entraban en las clasificaciones anteriores y a los que nombro *tumores contra natura*. A los que hoy se les define como crecimientos de tejido neoplásico.

En el siglo XVI, Paracelso insistió en que cada enfermedad tiene una causa y un remedio concretos, y para demostrar su desprecio por la teoría humoral quemó públicamente las obras de Galeno (Alfici, 2001). Paracelso dijo que el cáncer era el resultado de una concentración excesiva de sales minerales en la sangre y que este se desarrollaba en el lugar donde se encontraban dichas sales (López y De la Cruz, 1994).

La teoría humoral de la enfermedad declina totalmente hacia el siglo XVI con el estudio del cuerpo humano por los anatomistas del renacimiento europeo que tiene su origen entre 1450 y 1600 de nuestra era, y se desarrolla fundamentalmente gracias a los trabajos de exploración y descripción del organismo humano por anatomistas de la época como *Andreas Vesalius* (Alfici, 2001).

Alfici, (2001) menciona a Antonio Benivieni (1440-1505) al que se considera pionero de la Anatomía Patológica, quien trata de relacionar por primera vez la sintomatología de la enfermedad, que lleva a la muerte, con las observaciones de la autopsia. Tiempo después alrededor de 1620 los anatomistas de la época encontraron al momento de operar un tumor acumulación de líquido linfático en el lugar donde se encontraba la neoplasia en lugar de atrabilis como se había supuesto anteriormente; apoyado en este descubrimiento acerca de la linfa, Descartes elabora la Teoría de la Linfa, en la que menciona que la calidad de esta, es la que determina el grado de malignidad de la neoplasia.

Alfici (op.cit) cita a Giovanni Batista Morgagni (1682-1771) él que conforma sobre bases sólidas la Anatomía Patológica como ciencia, organizando la investigación experimental y la interpretación clínica, demostrando la correlación entre alteración anatómica local y la manifestación clínica de la enfermedad. En 1760 publica su libro *Sobre los lugares y las causas de las enfermedades*, el cual es una extensa obra que contiene historias clínicas y autopsias de más de 700 casos con detalladas descripciones macroscópicas de aneurismas, cirrosis hepática, hemorragia cerebral y tumores, entre otros; esta obra es el resultado de los trabajos que llevaron a cabo numerosos médicos en el lapso de tiempo comprendido entre los trabajos de Benivieni y Morgagni.

Posteriormente con la introducción del microscopio la medicina obtiene un invaluable colaborador en la investigación de las estructuras corporales y composición microscópica. Es así como Javier Bichat (1771 - 1802) por sus

numerosas observaciones de los tejidos corporales, fundamenta las bases de la histología moderna (Alfici, 2001).

A principios del siglo XIX Bichat expresa que el cáncer es una formación de tejido que se desarrollaba accidentalmente en el organismo (como puede observarse Bichat amplió los principios de la teoría de Galeno). Tiempo después Muller (1838) ampliando la investigación de Bichat demostró que el tejido neoplásico estaba constituido por células anormales (Henry, 1981).

En el año 1800 la patología estaba basada en la lesión anatómica asociada a la observación clínica de la enfermedad.

El científico alemán Rudolf Virchow (1821-1902) y una de las figuras más importantes de la medicina del siglo XIX menciona que tanto en el estado de salud como en el de enfermedad, toda acción emana de la célula. Virchow al complementar, sistematizar y consolidar la teoría del daño celular, establece las bases modernas de la patología microscópica. En 1868 Virchow publica la obra "*Anatomía Patológica*", la cual constituye el primer tratado de Anatomía Patológica pura. Investiga células del tejido cartilaginoso, óseo y conjuntivo, lo cual lo llevó a postular la existencia de tejidos de sustancia "conjuntiva" que mostraban entre sí notables similitudes estructurales, decía que este tejido en particular estaba difundido por todo el cuerpo, constituyéndose como la armazón del organismo y que era aquí donde se originaban las neoplasias, por ser el punto de partida de los gérmenes que atacan a la célula. Virchow además se dedicó a estudiar cuadros clínicos de enfermedades como la leucemia y también la formación de las células tumorales, postulando algunos principios: Dice que puede ocurrir que el tumor no aumente el número de células sino tan solo su volumen, pero si es el número de células el que aumenta, estas son degeneradas o de un tipo diferente a las sanas. Sobre la base de esto formula su tesis "*Omnis cellula a cellula*" (cada célula surge de otra célula). Este científico concibe la célula como el elemento principal de los organismos vivos, siendo la célula el punto de partida de los seres vivos y de la enfermedad (Alfici, 2001).

Continuando con sus investigaciones Virchow (XIX) fue el primero en proponer la relación que existe entre la irritación crónica y el cáncer. La llamada teoría de la irritación manifiesta que existen agentes químicos que al entrar en contacto con cicatrices o heridas crónicas pueden inducir la aparición del cáncer.

En esta etapa se propusieron otras teorías para explicar la génesis del cáncer; la llamada teoría parasitaria, propuesta a finales del siglo XIX por Donovan, la cual exponía que el cáncer tenía un origen infeccioso, el cual era causado por una bacteria, llamada *Micrococcus neoformans*. En 1877 Julius Cohnheim, propuso la teoría del residuo embrionario, donde explicaba que las células cancerosas existen ya en la vida embrionaria, pero no se expresan hasta fases posteriores del desarrollo humano.

Más tarde en el siglo XIX Waldeyer da un paso más en la investigación del cáncer, demostrando que las células del tumor primario, tendían a la metastatización, lo que quiere decir que colonizan en otro lugar formando un nuevo foco morbozo (Henry, 1981).

El siglo XX marca un período de refinamiento del microscopio que conduce a la aplicación de nuevos métodos de investigación lo que hace posible el cambio del

aspecto puramente descriptivo de los tejidos enfermos al estudio estructural ó morfológico de los procesos patológicos humanos (Alfici, 2001).

El año de 1910 abre el camino a investigaciones sobre la transmisión viral del cáncer (López y De la Cruz 1994). Posteriormente con la aparición del primer microscopio electrónico en 1931 y el perfeccionamiento de este, convirtiéndolo en ultramicroscopio, se hace posible el estudio morfológico de los procesos patológicos humanos, iniciando una nueva era sobre el estudio del cáncer, lo que ha permitido tener un mayor conocimiento sobre su histología y patogenia. En esta etapa se empezaron a describir las diferentes variedades neoplásicas de manera específica y estas se empezaron a relacionar con modalidades terapéuticas tales como los rayos x y el radio (Alfici, 2001).

López y De la Cruz (1994) citan a Huggins quien en 1960 demostró que existen hormonas capaces de curar ciertas formas de cáncer de los órganos genitales; aunque se debe señalar que hallazgos actuales, indican que las hormonas juegan un doble papel, ya que si bien sirven como tratamiento terapéutico, son también promotoras de neoplasias.

Es hacia 1975 que Harold Varmes y Michael Bishop, de la Universidad de California, explicaron que la célula maligna o neoplásica se originaba por acumulación de alteraciones en los genes, por un largo periodo de tiempo, en el cual la célula fracasaba en su capacidad de recuperación.

Actualmente los científicos tratan de encontrar anticarcinogenos protectores contra las neoplasias y de entender el comportamiento del gen de la susceptibilidad al cáncer, es decir porque algunos padecen la enfermedad y otros no, aún cuando se esta expuesto a los mismos riesgos (López y De la Cruz, 1994). Al respecto Ostrosky (2003), del Instituto de Investigaciones biomédicas de la UNAM, comentó que el cáncer es una enfermedad que de un cinco a diez por ciento se hereda. Cuando el DNA tiene un daño en sus células somáticas, el cáncer se mantiene en el individuo, no así cuando la mutación es en las células germinales como los ovarios y los espermatozoides, ya que un gen con cáncer se transmite de generación en generación.

Comenta que en los seres humanos existe un gen supresor de tumores llamado P53, el cual sirve de freno cuando la célula empieza a proliferar más de lo normal y tiene daño en su DNA, el gen P53 lo detecta y manda un llamado a las enzimas para que lo reparen, de no poderlo reparar se produce la apoptosis (muerte celular) de la célula dañada, para que no siga proliferando.

Ostrosky dice que las investigaciones para conocer cuales son los genes que confieren susceptibilidad al cáncer continúan, ya que el 90% de los cánceres son producto de la interacción de los genes y el medio ambiente, razón por la cual también los investigadores buscan métodos para saber que individuos son más sensibles a ciertas sustancias o radiaciones.

Es claro que el estudio del cáncer ha seguido un largo proceso, el cual, aún en la actualidad continua evolucionando, ya que existen dudas que dejan abiertas líneas de investigación acerca de esta temida enfermedad.

A continuación se definirá el padecimiento desde una perspectiva médica.

Generalidades sobre el cáncer

Definición

El cáncer es una enfermedad universal, que afecta a los seres humanos sin importar la raza, la edad, el género, la cultura y el nivel socioeconómico.

Cuando la palabra cáncer se asocia a dolor, se crea un binomio, que hace del cáncer una de las enfermedades más crueles y temidas por la humanidad.

Al definir cáncer estamos englobando distintas enfermedades, las cuales van a tener respuestas diferentes en los organismos afectados por la enfermedad, esto en cuanto a sus manifestaciones clínicas y las respuestas que se tengan, ante las medidas terapéuticas que se adopten; lo que no prohíbe que compartan mecanismos desencadenantes comunes.

Harrison (1984) comenta que la palabra cáncer es un término que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que tienen la capacidad de invadir tejidos normales o diseminarse a otros órganos, proceso llamado metástasis. El grado de malignidad de un cáncer se basa en la propensión de estas células a invadir y diseminarse a distancia.

Griffiths (1988) se refiere al cáncer como una masa de tejido anormal, en el que las células de ese tejido, no cumplen las funciones de las células normales y que además al proliferar rebasan los límites del tejido normal.

San Martín (1984) bajo el término cáncer, incluye todas las neoplasias malignas y lo define como células en estado de mutación, que provocan proliferaciones celulares anormales.

López y González, (1999) definen el cáncer como un grupo numeroso y diverso de enfermedades malignas, cuyas características son proliferación celular anormal de origen genético, caracterizada por ser autónoma, progresiva, destructiva y que posee como característica principal la metastatización y que sin el tratamiento adecuado conduce a la muerte prematura del individuo que la padece.

Una vez que se ha proporcionado la definición del cáncer, se debe conocer la naturaleza y el comportamiento de este padecimiento para poder entenderlo mejor, una rama de la medicina que nos ayuda a comprenderlo es la *oncología*, palabra derivada de raíces griegas *onkos*, tumor y *logos*, ciencia o tratado, dicha ciencia se ocupa de estudiar el origen de la célula maligna, su biología, los factores que se relacionan con ella; así como la historia natural de la enfermedad. (López y González, 1999).

La historia natural de la enfermedad, se divide en una etapa prepatogénica, donde se lleva a cabo prevención primaria, para evitar la aparición de la enfermedad, por medio del fomento de la salud, el que tiene por objetivo, evitar la exposición a

factores de riesgo (etiológicos), por medio de programas educativos dirigidos a población abierta. Esta es una etapa donde no existen signos ni síntomas de enfermedad.

Después tenemos la etapa patogénica donde se lleva a cabo prevención secundaria, etapa donde se trata de conocer a la brevedad los casos de cáncer en la población, por medio del diagnóstico y la prevención temprana, para poder emplear con éxito medidas terapéuticas que sean eficaces. La etapa patogénica también cubre una área donde se puede llevar a cabo prevención terciaria; en muchas otras enfermedades, este tipo de prevención tiene como meta no permitir el avance de la enfermedad y eliminar las secuelas que provoca, así como la rehabilitación del enfermo (San Martín, 1984).

En el caso del cáncer, son muy pocos los enfermos que llegan a estadios avanzados y que se pueden rehabilitar totalmente, porque en dichos estadios el tumor se ha duplicado "n" veces, lo cual lleva implícito un proceso de años. En los enfermos oncológicos la prevención terciaria está dirigida a evitar la progresión del tumor maligno que ya existe, por medio de tratamientos farmacológicos, quimioterápicos y/o radioterápicos y brinda al mismo tiempo rehabilitación psíquica a los pacientes. Sin embargo, en aquellos pacientes donde no es posible algún tipo de rehabilitación o detención de la enfermedad, se les proporcionan métodos paliativos, para sobrellevar el padecimiento con el máximo confort posible, dichos métodos se usan para aliviar los síntomas, pero no tienen intención curativa. Los recursos de los que hace uso la medicina paliativa son psicosociales, físicos y farmacológicos (López y González, 1999).

A continuación debemos conocer el proceso por medio del cual una célula normal se transforma en cancerosa.

Carcinogénesis

El hombre es un organismo multicelular, en el cual, las células están unidas para formar tejidos y órganos, cada uno de los cuales desempeñan funciones específicas en el organismo, las mismas que son necesarias para el mantenimiento de la vida. Esto permite suponer que las células deben permanecer constantes, lo cual implica que en el organismo existen mecanismos que controlan el crecimiento celular. Sin embargo, cuando estos mecanismos se alteran, el crecimiento y el control celular se ve seriamente afectado.

La organización celular está controlada por moléculas, de entre las cuales una se encarga de regular el crecimiento, llamada Factor de Crecimiento (FC), y se encuentra en todas las células. Esta molécula se une a un receptor llamado Receptor de Crecimiento Específico, juntos mandan señales al interior de las células (núcleo), dichas señales se encargan de controlar el crecimiento celular, lo que se logra al estimular y controlar la división del ADN, el cual contiene el código genético; pero este proceso no actúa solo, al mismo tiempo se activa otro mecanismo intracelular, el cual está encargado de disminuir o frenar la estimulación resultante de los factores de crecimiento antes descritos, regulando

por tanto la división o la detención del ADN. Cuando este mecanismo no es eficaz, presentándose una estimulación continua, trae como consecuencia que la estructura del ADN se vea alterada, resultando de ello algún tipo de mutación, lo que quiere decir que algún gen contenido dentro de la célula sufre un cambio en su organización o estructura.

En el núcleo de la célula se llevan a cabo otras funciones como la de regular la proliferación celular y reparación del ADN antes de que sufra una mutación, estos mecanismos y el descrito anteriormente permiten que en las células exista un crecimiento normal y equilibrado. Cuando los procesos mencionados no se llevan a cabo de forma adecuada, la célula normal se transforma en célula cancerosa, por medio del proceso llamado **carcinogénesis**, que consiste en no seguir el modelo de regulación y control de la división celular, arriba mencionado. Esto quiere decir que durante este proceso no existe acoplamiento de los factores de crecimiento, lo que da lugar a una estimulación permanente, que facilita a su vez el crecimiento celular, el cual es persistente y tiende a aumentar facilitando la aparición de una masa tumoral, a la que se denomina **neoplasia**.

En la carcinogénesis se distinguen dos etapas: La de iniciación donde los cambios se llevan dentro de la célula, en el material genético contenido en el ADN, estos cambios marcan la iniciación en el proceso de cancerización.

La etapa siguiente es la progresión, la que se inicia cuando la población celular identificada como maligna adquiere la capacidad de desarrollarse y mantener su crecimiento de forma progresiva.

Las células cancerosas además de tener como característica la proliferación, tienen también la capacidad de diseminarse, lo cual quiere decir que pueden invadir otros tejidos del organismo, destruyéndolos, proceso llamado **metástasis**.

Se debe explicar, que desde la formación de la primera célula cancerosa, hasta la formación de metástasis, la evolución del cuadro clínico es lenta, puede incluso llevar años. Por otro lado las metástasis, no son ampliaciones del tumor primario, son nuevos focos morbosos (Arraztoa, 1997).

Se ha señalado que las neoplasias, son el resultado del crecimiento celular anormal, el que tiene como características ser acelerado, persistente, autónomo, invasivo y destructivo; ahora se describirán los tipos de tumores o neoplasias.

Existen dos tipos de **tumores o neoplasias**, los cuales de acuerdo a su comportamiento biológico se dividen en benignos y malignos.

Pitot (1981) señala que los tumores benignos están constituidos por células diferenciadas; esto quiere decir que son células parecidas a las del órgano del cual derivan, con crecimiento lento, donde las mitosis no son frecuentes, además tienen una cápsula de tejido de sostén que rodea al tumor, esto da por resultado generalmente, el que dichos tumores tengan límites precisos y nula capacidad invasiva, por lo tanto son incapaces de crear metástasis.

Siguiendo a este autor los tumores malignos se definen entonces por ser poco diferenciados, tener un rápido crecimiento, lo cual implica que el número de mitosis es frecuente, además de no estar encapsulados, lo que permite a su vez

que dichos tumores sean invasivos, y tengan por lo tanto, la capacidad de crear metástasis.

Por su parte Griffiths (1988) menciona también como características fundamentales de las neoplasias malignas, las arriba citadas; sin embargo puntualiza que para que éstas sean a sí mismas capaces de propagarse a distancia a otros órganos, el tumor primario debe tener células en número suficiente, que tengan la particularidad de dar metástasis y liberarlas en cantidad considerable, además de que el sitio del tumor primario, debe estar vascularizado para que las células tumorales penetren en la circulación sanguínea y/o linfática y puedan de esta manera ser capaces de formar tumores secundarios.

De acuerdo a esto se concluye que el grado de malignidad del tumor, se basa en la capacidad que tiene para producir metástasis.

Se han señalado hasta aquí los aspectos más generales del cáncer, a continuación se presentara la clasificación de las neoplasias que se pueden desarrollar en el ser humano.

Tipos de cáncer

Existen múltiples formas de cáncer las cuales para su clasificación, se determinan según los órganos o tejidos que les dan origen.

Siguiendo la línea de Pitot (1981) existe una clasificación que considera los neoplasmas malignos según el tejido embriológico del cual proceden; la cual se describe a continuación:

Carcinomas: son los más frecuentes, proceden del tejido epitelial, es decir de la capa celular que recubre el cuerpo, como la piel y estructuras asociadas.

Sarcomas: derivan del tejido conjuntivo, llamado también de soporte, como el tejido óseo, el adiposo, el muscular, la sangre, etc.

Existen también tumores denominados **carcinosarcomas**, que son altamente malignos y derivan de la mezcla de elementos del carcinoma y del sarcoma.

Por último se menciona el **teratoma**, el cual se origina de tejidos múltiples; este tipo de tumor puede ser también de tipo benigno dependiendo para ello de su comportamiento biológico.

Se ha explicado esta clasificación para proporcionar de una manera muy general el origen del cáncer, dependiendo del tejido donde se inicia; sin embargo existen otras clasificaciones del cáncer que van de acuerdo al órgano o parte del cuerpo donde este se presenta.

De acuerdo al origen los distintos tipos de cáncer pueden producir diversos problemas en los pacientes que los padecen, dependiendo del estadio en el que se encuentra la enfermedad y de la afectación de los órganos o sistemas que estén involucrados.

A pesar de esto se puede hablar de ciertas señales de advertencia generales e inespecíficas que acompañan a las neoplasias malignas incipientes.

Harrison (1984) señala las siguientes: heridas que no cicatrizan con facilidad, secreciones o sangrados sin motivo, engrosamientos o masas anormales en

cualquier parte del cuerpo, indigestión, alteración en los hábitos de defecación y micción, cambios aparentes en lunares o verrugas y tos persistente. López y González, (1999) añaden a las señales de advertencia antes citadas, algunos signos generales: dolor, febrícula y adelgazamiento. Sin embargo, hacen notar que la aparición de estos signos no es sinónimo de un diagnóstico de certeza, sino que solamente significan sospecha clínica de la enfermedad cancerosa.

Hasta este momento se ha descrito lo que es el cáncer y se ha mencionado que existen distintas variedades de esta enfermedad, veamos ahora que lo provoca.

Etiología del cáncer

Desde tiempos remotos se ha tratado de dar una explicación acerca de la naturaleza del cáncer y los factores que desencadenan la enfermedad.

En dicho intento surgieron diversas teorías, las cuales han ido evolucionando, tratando de dar una respuesta a esta interrogante. Sin embargo, si bien es cierto que no se ha determinado aún la etiología del cáncer, también es cierto que se han identificado ciertos factores o agentes causales como desencadenantes del padecimiento; entre estos, Bertino (1984) (en Harrison, Thorn, Adams, Braunwald, Isselbacher y Petersdorf, 1984) cita los siguientes: factores genéticos, ambientales, físicos, químicos, así como algunos virus y hormonas, los que a continuación se describen.

Factores genéticos

Existen factores propios del huésped que influyen en la formación del cáncer. Para algunos tipos de neoplasias se sabe que existe un patrón hereditario bien definido. Se conoce también que solo una pequeña proporción de neoplasias se heredan por la transmisión de un solo gen y cuando la enfermedad no es heredada como tal, es decir, cuando no se manifiesta, los genes heredados se identifican como preneoplásicos.

Por otra parte se sabe que mujeres hijas de madres que presentaron cáncer mamario, tienen de tres a cinco veces más probabilidades de desarrollar la enfermedad; si bien los mecanismos precisos por los que esto sucede se desconocen. Al respecto Kim, Valdimarsdottir, Heiddis, Bovbjerg, (2003). encontraron que las mujeres con historias de familia de cáncer de mama tenían los niveles más altos de FHBC+ (factor genético al cáncer de mama), que las mujeres sin tales historias que resultaron FHBC-.

Factores ambientales

En el ambiente existen agentes carcinógenos, que son capaces de provocar la enfermedad, por lo cual es importante la evaluación del entorno donde se vive y se trabaja, para determinar los posibles factores de riesgo. Entre los factores ambientales se encuentra el asbesto y el humo, los cuales son capaces de provocar cáncer de pulmón, el hollín de chimenea provoca cáncer de escroto, estos, por citar algunos.

Sin embargo, pocas veces se relaciona la enfermedad con la exposición a una cierta sustancia; ya que existe un periodo bastante grande entre la exposición al agente causal y el desarrollo de la enfermedad.

Factores físicos

Las radiaciones de cualquier tipo como las ionizantes y las ultravioletas están asociadas al desarrollo de las neoplasias porque alteran la estructura de las células.

Existen datos que corroboran esto; por ejemplo se sabe que los sobrevivientes a la explosión atómica de Hiroshima y Nagasaki han desarrollado en gran porcentaje leucemia granulocítica aguda.

La radiación solar es otro factor de riesgo, para desarrollar cáncer de piel, siendo las más susceptibles las personas de raza blanca y la gente que trabaja a la intemperie.

Causas químicas

Existen factores que son desencadenantes de cáncer, dentro de los cuales se encuentra, el tabaco, la aspiración del humo del cigarrillo se relaciona de manera directa con la aparición de cáncer de pulmón, boca y esófago; de igual manera la ingesta de alcohol provoca la aparición de estos mismos tipos de cáncer, por otro lado el asbesto es responsable de desencadenar cáncer en la boca, Se debe hacer notar que algunos factores carcinógenos se encuentran en los alimentos, donde son utilizados para la conservación de los mismos.

Virus

Se conoce que algunos tipos de virus pueden ocasionar neoplasias en casi todos los mamíferos, en los peces y en las ranas. Los virus RNA, producen leucemia y sarcomas, estos virus contienen una enzima que es la necesaria para transformar las células normales en malignas. Recientemente se ha detectado actividad de esta enzima en células blásticas de pacientes con leucemia aguda, lo cual constituye una probable demostración de etiología viral en algunos casos, en seres humanos.

Hormonas

Se cree posible que el desequilibrio hormonal es responsable de ciertos tipos de cáncer entre los cuales se encuentran los tumores uterinos, los mamarios y los prostáticos. Las hormonas son capaces de desencadenar cáncer de manera directa, no obstante también pueden potenciar la acción de otros agentes carcinógenos.

Como puede advertirse existen diversos factores causales, capaces de provocar la enfermedad oncológica. Sin embargo cuando ya se ha diagnosticado, deben conocerse las diferentes opciones de tratamiento.

Opciones terapéuticas

En la actualidad el tratamiento oncológico está constituido por varias opciones, como son la cirugía en sus diferentes modalidades, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia y la inmunoterapia. El objetivo que persigue el tratamiento médico oncológico, es obtener la curación del enfermo. Aún cuando esto no es posible en muchos casos; el tratamiento se convierte entonces en un paliativo eficaz, pretendiendo con esto que el paciente mejore su calidad de vida, por medio del alivio de los síntomas.

Terapias locoregionales: cirugía y radioterapia

cirugía

Hossfeld (1992) señala que hasta la aparición de la radiología, la cirugía era el único tratamiento para tratar el cáncer y añade que actualmente en pacientes con tumores curables, es el tratamiento de elección para un 75 a 80% de dichos pacientes.

Procedimientos quirúrgicos:

La cirugía diagnóstica, la cual tiene como finalidad ofrecer un diagnóstico certero, obteniendo para esto muestras de tejido, el cual debe ser valorado histológicamente. La obtención del tejido se efectúa a través de la llamada *biopsia*, la cual puede ser simple tomando una muestra de tejido superficial, ayudándose para obtener la muestra de un anestésico local, o bien puede ser más complicada requiriendo para la toma del tejido muestra, de una intervención quirúrgica menor (Estapé, 1999). Por su parte Hossfeld (1992) menciona que para obtener muestras de tejido con fines diagnósticos certeros se puede hacer uso de la biopsia por punción, la cual tiene un uso muy frecuente y se realiza con una aguja con aspiración, obteniendo así las células del tejido neoplásico para ser estudiado y añade que prácticamente todos los órganos pueden ser biopsiados con esta técnica.

Hossfeld (1992), menciona una clasificación de las diferentes modalidades de cirugía para el tratamiento del cáncer.

La cirugía estandarizada es otro de los procedimientos quirúrgicos, cuyo objetivo es la curación, por medio de la extirpación total del tejido neoplásico. Esta cirugía como la anterior y las que se describirán posteriormente son locoregionales, lo que quiere decir que se ocupan de los tumores localizados en el tejido de origen y de sus ganglios de drenaje.

Cirugía preventiva: se ocupa de eliminar lesiones que sean potencialmente malignas, evitando así el desarrollo de la enfermedad cancerosa.

Cirugía paliativa: Este tipo de cirugía tiene como meta disminuir complicaciones ocasionadas por el tumor, tratando de curar o aliviar síntomas provocados por la

evolución de la enfermedad, procurando para el paciente mejores condiciones de vida.

Cirugía reductora: Tiene como finalidad la extirpación de la mayor parte del tejido neoplásico, para posteriormente hacer uso de tratamientos complementarios como la quimioterapia o la radioterapia, pretendiendo por medio de ellos destruir las células neoplásicas residuales.

Cirugía de las recidivas tumorales: Intervención que se lleva a cabo, cuando previamente se ha efectuado una cirugía con fines curativos y posterior a ella se detectan ganglios afectados o una nueva tumoración, en el lugar del tumor primario.

López y González (1999) añaden otra modalidad, que es la *cirugía reconstructiva* la cual pretende reparar el defecto que ha quedado a consecuencia de algún tipo previo de intervención, sirviéndose para tal fin de injertos o prótesis.

El tratamiento quirúrgico puede emplearse en el tratamiento oncológico, no solo de manera aislada, en la actualidad también se usa de forma combinada con otros tipos de tratamiento, como los que a continuación se describen.

La radioterapia

En los tratamientos médicos el uso de las radiaciones ionizantes surgió poco después del descubrimiento del radio por M. Curie (1902). En un primer momento se pretendía curar las neoplasias implantando el radio directamente al tumor. Eventualmente el uso del radio como opción terapéutica se ha ido perfeccionando a la par del progreso de disciplinas como la física y la ingeniería.

La radioterapia consiste en el uso de las radiaciones ionizantes y su interacción con el tejido neoplásico, con el fin de eliminarlo respetando al máximo el tejido normal. Sin embargo la radioterapia provoca efectos secundarios, los cuales pueden manifestarse de forma inmediata o tardía. Entre tales efectos se encuentran la retracción y/o infección de la piel, aumento de la temperatura, eritema y alteraciones en la medula espinal, como la mielitis (Hossfeld, 1992).

Completando lo descrito arriba Estapé (1992) indica que la radioterapia se puede administrar exponiendo al organismo a la radiación, denominándose este tipo, radioterapia externa o colocando la fuente de radiación en las cavidades de los tumores, retirándola horas después, procedimiento llamado braquiterapia. Este autor clasifica la radioterapia según su finalidad en:

Radioterapia radical: Pretende limpiar el área anatómica afectada, preservando la funcionalidad del órgano en cuestión.

Radioterapia preoperatoria: Su objetivo es reducir el tamaño del tumor, para permitir un tratamiento quirúrgico eficaz.

Radioterapia postoperatoria: Su finalidad es la destrucción de restos de tejido neoplásico, para disminuir los riesgos a las recidivas.

Radioterapia paliativa: Que tiene como meta disminuir los síntomas del paciente, sobre todo en estadios avanzados de la enfermedad.

Terapias sistémicas

Holssfeld (1992) comenta que en algunos pacientes, los cánceres se manifiestan de manera muy agresiva desarrollando metástasis, para estos pacientes se hace adecuado el uso de terapias sistémicas, es decir tratamientos de tipo farmacológico, Holssfeld menciona los siguientes:

Quimioterapia

Su objetivo es destruir las células neoplásicas, por medio del empleo de fármacos llamados citotóxicos, los cuales tienen efectos locales y sistémicos, actuando de esta manera sobre el tumor y las metástasis. El tratamiento quimioterápico, puede ser empleado antes de la cirugía y continuar después de esta, con el fin de prevenir la diseminación y proliferación celulares.

La forma de administración de los fármacos quimioterápicos son por vía intravenosa, vía oral, intracavitaria, intra-arterial e intramuscular. Este tipo de fármacos tiene efectos secundarios tales como náuseas, vómitos y alopecia, además de ejercer efecto tóxico en médula ósea y en sistema endocrino, afectando principalmente los ovarios y testículos, resultando de esto la infertilidad en los pacientes. El uso del tratamiento prolongado provoca pérdida de peso, debilidad e incapacidad para trabajar, así como ansiedad y miedo.

Johnson (2001) llevó a cabo una investigación con pacientes que tuvieron cáncer de mama, para conocer cuáles eran sus sentimientos y pensamientos acerca de la recurrencia del cáncer; y encontró que aunque estas mujeres tenían miedo a la repetición de cáncer de mama, este temor era moderado, ya que uno de sus temores más sobresalientes entre otros, giraba alrededor de la posibilidad de experimentar nuevamente los tratamientos, en especial la quimioterapia.

Hormonoterapia

Esta terapia se basa en la manipulación de hormonas endógenas y exógenas, para obtener el retraso y en algunos casos la regresión del crecimiento tumoral. La hormonoterapia es eficaz en el tratamiento para cáncer de próstata y mama, confirmando también eficacia, aunque en menor grado en cáncer de endometrio, ovario y tiroides.

Existen dos formas de producir alteración hormonal en el organismo:

Terapéutica ablativa: (cirugía endocrina) consiste en extirpar el órgano productor de hormonas o destruir su funcionalidad, con el fin de disminuir el nivel de inducción hormonal.

Terapéutica aditiva: Consiste en la administración de sustancias exógenas con la finalidad de modificar el equilibrio hormonal.

Inmunoterapia

El sistema inmune tiene como función defender al organismo de células extrañas, las que una vez identificadas son eliminadas.

La inmunoterapia consiste entonces en aumentar la respuesta inmunológica del organismo del paciente, para que reconozca como extrañas a las células tumorales y las elimine, esto se lleva a cabo por medio del empleo de vacunas y drogas inmunomoduladoras. Este tratamiento como los anteriores conlleva efectos secundarios provocados por los agentes inmunológicos, entre los que se encuentran los siguientes: síndrome pseudogripal, fiebre, escalofríos y mialgias; y cuando la administración es prolongada producen fatiga y anorexia.

Una vez consideradas las opciones terapéuticas que pueden ser utilizadas en los pacientes oncológicos, se abordará la manera de distribución y los determinantes de la enfermedad oncológica.

Epidemiología del cáncer

La epidemiología trata acerca de la manera como se distribuyen las enfermedades en las poblaciones y las causas que juegan un papel determinante, en las mismas. Para tal fin se sirve de medidas estadísticas de entre estas, se citaran dos:

La incidencia: Es una medida que nos informa de la frecuencia con la que se esta presentando, un nuevo caso de enfermedad en la población.

La prevalencia: Es la medida que nos indica del número de casos de personas enfermas, en un periodo determinado. (Hossfeld 1992).

El Registro Histopatológico de Neoplasias en México (RHNM), publicado en el 2000 informó que el cáncer ocupa desde 1990, el segundo lugar como causa de muerte en nuestro país; señala que existe un incremento del 2 al 3% por año entre 1998 y 2000, con un promedio anual de 90,142 casos informados. En el 2000 fueron registrados 91,913 casos, 34% en hombres y 66% en mujeres. Además destaca que en los hombres el incremento alcanza su máxima intensidad a los 40 años, mientras que en las mujeres se da a los 20 años.

En ese mismo año se notificaron 55,731 defunciones, provocadas por el cáncer, de las cuales el 52% las sufrieron las mujeres y el 48% los hombres. Esto indica que la enfermedad neoplásica se ha convertido en un problema de salud pública. Asimismo, informó que se registran mayor número de enfermedades neoplásicas en el grupo de edad de 0-4 que en el grupo de 5-14 años de edad, si bien posteriormente se presenta un aumento en el número de casos, el mismo que alcanza su máximo a los 70 años y más.

Al respecto de la edad Hossfeld (1992) señala que esta es un factor determinante en la epidemiología del cáncer, puesto que el riesgo de padecer la enfermedad se

eleva en los grupos de mayor edad ya que han estado expuestos durante más tiempo a los efectos de los carcinógenos.

En lo que respecta a la variación geográfica el RHNM (2000) señala, que cada tipo de tumor se distribuye geográficamente de forma diferente.

En México las entidades con mayor mortalidad por cáncer son: El Distrito Federal, Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Sinaloa.

Por otro lado los estados que presentaron mayor incidencia o número de casos fueron: El Distrito Federal, Nuevo León y Nayarit. Y las entidades con menos casos son: Estado de México y Quintana Roo.

Se citan a continuación los principales tumores malignos registrados y que tienen una mayor frecuencia:

Cáncer de cuello del útero 24%

Cáncer de piel 14%

Cáncer de mama 11%

Cáncer de próstata 6%

Cáncer de estómago 3%

De estos mismos de acuerdo al sexo, se presentaron las siguientes frecuencias:

HOMBRES

Cáncer de piel 20%

Cáncer de próstata 17%

Cáncer de estómago 6%

MUJERES

Cáncer cérvico-uterino 36%

Cáncer de mama 17%

Cáncer de piel 11%

Debe señalarse que las instituciones que reportaron los casos fueron: El IMSS con el 39%, el Sector Privado 27% y la SSA con un 22%.

Se ha hecho hasta el momento, una revisión de los aspectos generales del cáncer, obteniendo de ello un panorama amplio de la enfermedad oncológica.

A continuación se describirá el cáncer de mama, el cual es objeto de este estudio, ya que según el programa de acción contra el cáncer de mama, publicado en el 2002, este padecimiento ocupa el segundo lugar como causa de muerte en mujeres mexicanas con una tendencia que va en aumento y que desgraciadamente, al momento del diagnóstico, el mayor porcentaje de los casos se encuentra en fases avanzadas de la enfermedad.

Por esta razón, es de significativa importancia tener presentes los efectos, tanto físicos como psicológicos que se presentan en la mujer con cáncer de mama, para brindarle una atención integral que abarque no solo el aspecto médico sino también el aspecto psicológico.

Para comprender el impacto psicológico que tiene el cáncer de mama en la mujer, se debe entender primero el significado que la mujer le confiere a su cuerpo.

Al organizar la percepción de su cuerpo, la mujer sobre valora algunas partes minimizando otras, formando de esta manera su imagen corporal; por esto la actitud que tenga la mujer respecto de su cuerpo refleja aspectos de su identidad. En nuestro país el busto está considerado como un símbolo de la femineidad de la mujer (López y De la Cruz, 1994); y los significados psicológicos que se le atribuyen a las mamas, son de atracción, belleza, erotismo, sexualidad, reproducción (asociada al rol de ser madre) y afectividad (Salazar, 2000).

Es por esto que cuando a una mujer se le diagnostica cáncer de mama, ella concibe la enfermedad con un significado propio y especial. "La enfermedad es entendida como un ataque a los esquemas de conocimiento, relacionados con el modo habitual de funcionamiento del propio cuerpo, esquemas que la mujer ha ido desarrollando a lo largo de su ciclo vital" (Salazar, 2000, p. 47).

Para una mujer enfermar de cáncer de mama, se convierte entonces en una muerte psicosocial; psicológica desde la perspectiva de la pérdida del Yo o de una parte de este y todo lo que esta pérdida implica; y social porque con la enfermedad se pierde el estatus social y la pertenencia al grupo, debido a las desfiguraciones o amputaciones que provoca la enfermedad y sus tratamientos. La enfermedad es percibida entonces como un deterioro de la autonomía y de la individualidad. Asimismo, la mujer siente miedo a perder la dignidad, por convertirse en una carga económica social y familiar (Salazar, G. R. 2000). Son estos factores los que provocan que el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer de mama en la mayoría de los casos, tenga un profundo efecto, variando las actitudes de la paciente, de acuerdo a factores educacionales, culturales, sociales y económicos (Hossfeld, 1992). Salazar, (2000) menciona que los impactos emocionales provocados por esta neoplasia son más intensos que en otras, ya que las consecuencias físicas después de los tratamientos son visibles, por ejemplo, después de una mastectomía, la que trae consigo el deterioro de la imagen corporal, provocando que la mujer se sienta incompleta y piense que ha perdido su belleza, su capacidad de seducción y su atractivo sexual.

Como puede advertirse, el cáncer de mama afecta a la mujer en sus áreas física, psicológica y social, razón por la cual se le debe brindar una atención integral que abarque estos aspectos. Es por esto que a continuación se abordará el tema del carcinoma mamario en su aspecto médico tomando en cuenta sus definiciones, sus tipos, causas, manifestaciones y tratamientos; así como también se hará una revisión de los aspectos psicológicos que se presentan en la mujer con cáncer de mama.

Carcinoma mamario

De acuerdo al programa de acción contra el cáncer de mama, publicado (2002) en nuestro país, este padecimiento constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más.

El cáncer de seno tiene una incidencia elevada, ya que una de cada once mujeres, desarrollará este tipo de neoplasia. En México, se registran alrededor de 10 muertes diarias por ésta causa; lo que en parte es producto del nuevo escenario demográfico y de la transición epidemiológica. Esto quiere decir que el

mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte (ya que hace unas décadas eran del tipo infecto-contagiosas), han provocado consecuencias sociales; puesto que ahora se tienen que atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado, el envejecimiento de la población y la presencia cada vez mayor de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales incluyen los procesos neoplásicos, específicamente el cáncer de mama en las mujeres.

Epidemiología

De acuerdo al Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (2000) el problema del cáncer mamario comienza a partir de los 25 años y se agrava con la edad, ya que el grupo de 35 a 44 años registró una mortalidad seis veces superior al grupo menor de esa edad, en mujeres de 45 a 64 años, la tasa triplica la del grupo anterior y de los 65 años en adelante, la mortalidad es casi el doble de la registrada en el grupo de 45 a 64 años de edad.

Se ha mencionado anteriormente, que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en nuestro país, con un registro de 10 muertes por día. El RHNM, menciona que el grupo de edad que registra mayor número de defunciones, con un porcentaje del 47%, es el de mujeres entre los 45 a 64 años de edad y el promedio de edad al fallecimiento es de 58 años.

Etiología

Se mencionan en la literatura diversos factores de riesgo, aunque no todos se aplican a la mujer mexicana. Se describirán a continuación aquellos factores que son considerados para el estudio de las mujeres en nuestro país, según el RHNM (2002), no obstante debe aclararse que del 70 al 80% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en nuestro país , no presentan estos factores de riesgo.

Los factores a considerar son:

Edad: Se considera que este factor es más importante a partir de los 35 años.

Factores hormonales y reproductivos:

- a) Menarca precoz, antes de los 12 años.
- b) Menopausia tardía, después de los 52 años. Se supone que la duración total de vida menstrual de más de 40 años aumenta el riesgo, esto por la exposición a los estrógenos durante un lapso tan prolongado. De esto se concluye que la asociación de los dos factores aumenta aún más el riesgo a la enfermedad.
- c) Embarazo: Se considera factor de riesgo, cuando el primer embarazo a término, es después de los 30 años, porque a esta edad se da un incremento hormonal de estradiol y prolactina; así como también se ve alterada la fisiología de la mama, lo que provoca una respuesta diferente al

efecto de los carcinógenos.

- d) **Uso de hormonas:** El uso de estrógenos por más de 10 años, incrementa el riesgo, ya que su efecto persiste aún después de haberlos suspendido.
- e) **Enfermedades benignas de la mama:** Las mujeres que han padecido de mastopatías fibroquísticas, llamados de forma común quistes mamarios, incrementan el riesgo a padecer una neoplasia maligna.

Otros factores de riesgo

- f) **Factores familiares y genéticos:** Familiares de primer grado, hijas o hermanas de pacientes con cáncer mamario tienen un riesgo tres veces mayor de padecer la enfermedad, cuando se tienen datos de tres familiares en segundo grado o cuando en la familia se ha presentado más de un caso de cáncer antes de los 40 años de edad.
- g) **Dieta:** Una dieta rica en grasas, eleva el riesgo a padecer la enfermedad.
- h) La obesidad
- i) Vida sedentaria.
- j) Consumo habitual de alcohol.

Factores que disminuyen el riesgo:

- a) Dieta rica en consumo de verduras, fibra, soya y aceite de oliva.
- b) Embarazos precoces y numerosos.

Una vez considerados los aspectos anteriores, se describirá la estructura de la glándula mamaria; así como las diferentes patologías que en ella se manifiestan.

Localización y función de la glándula mamaria

En la mujer la glándula mamaria inicia su desarrollo en la pubertad, continuando en la adolescencia y culminando cuando el crecimiento corporal termina. Este desarrollo se debe a la influencia estimuladora de varias hormonas, las cuales son secretadas por otras glándulas, entre ellas la pituitaria. Las glándulas mamarias en la mujer, tienen forma cónica y protuberante, se observan así, sobre todo en mujeres muy jóvenes y sin hijos, en mujeres de mayor edad y/o que ya han tenido hijos, las mamas se aplanan, se tornan péndulas y van perdiendo firmeza; con frecuencia existe una diferencia en el tamaño de ambas mamas, lo cual es normal (Bureos, 1995). Las glándulas mamarias se encuentran sobrepuestas a los músculos pectorales (Klusek y Bowen, 1986). Están constituidas por tejido glandular, fibroso y graso y por los conductos, los cuales se relacionan para llevar a cabo la función fisiológica principal de esta glándula que es la de producir y secretar leche durante el embarazo y posterior a este. Cada glándula está compuesta aproximadamente por 20 lóbulos, los cuales a su vez se dividen en lobulillos y alvéolos; dichos lóbulos se encuentran unidos por los conductos, los mismos que se extienden por todo el tejido mamario para converger en el pezón (Bureos, 1995).

La glándula mamaria cuenta también, con un sistema linfático elaborado, que es parte importante del sistema inmunológico, este sistema linfático drena en la axila, lo que explica la hipertrofia de los ganglios axilares en dicha área cuando se presenta una neoplasia maligna (Klusek y Bowen, 1986). Esto es a razón de que los ganglios tienen la función de dejar fluir la linfa y filtrar bacterias y desechos, de tal manera que cuando las células cancerosas quedan atrapadas en estos, se produce la hipertrofia de los mismos, en dicha área; las células neoplásicas además de invadir los ganglios se nutren de ellos, una vez instaladas las células cancerosas en los ganglios, pueden colonizar ahí o ser arrastradas por la corriente sanguínea a otras zonas del cuerpo como pulmones, hígado, huesos y cerebro; proceso llamado metástasis (Bureos, 1995).

Clasificación del cáncer de mama

La mayoría de los tumores malignos se denominan *adenocarcinomas*, los que en un 80% son ductales y en un 10% son lobulillares.

Los carcinomas ductales, se originan en glándulas y conductos galactóforos. Estos tumores son unilaterales y en un 10% son in situ; esto quiere decir que están limitados al área afectada sin invadir tejidos vecinos. Los carcinomas ductales, se presentan como *carcinomas papilar, tubular, medular y coloide*; los que generalmente tienen buen pronóstico.

De entre los carcinomas ductales, destaca el *carcinoma inflamatorio*, el cual tiene mal pronóstico porque este carcinoma tiende a infiltrar los ganglios linfáticos. Otro tipo de carcinoma ductal es el *carcinoma de Paget*.

Los carcinomas lobulillares, se presentan en las estructuras de los lobulillos mamarios, pueden ser tumores in situ o infiltrantes, generalmente son de evolución muy larga y asintomáticos (López y González, 1999).

Mc Divitt (1988) describe las características de las neoplasias ductales y lobulillares.

Carcinomas ductales:

Carcinoma papilar, es un tumor móvil, blando que presenta una o varias masas, generalmente es pequeño, aunque en ocasiones puede alcanzar un gran tamaño. A veces afecta la piel; es un tumor que no está fijo a estructuras profundas, regularmente se encuentra por debajo o junto al pezón, donde en ocasiones causa retracción del mismo. Es un tumor con buen pronóstico y cuando llega a dar metástasis estas se presentan en etapas tardías de la enfermedad. Esta neoplasia se presenta en promedio a la edad de 55 años.

Carcinoma tubular: Este tumor es de lento crecimiento, es de bordes duros y mal circunscritos; con frecuencia se asocia a otro tipo de carcinoma. Es un tumor con porcentaje de incidencia raro, con pronóstico favorable; sin embargo es frecuente

que se presenten metástasis ganglionares. El promedio de edad de la mujer cuando aparece este tumor es alrededor de los 50 años.

Carcinoma medular: Se presenta como un tumor encapsulado, bien definido en sus bordes y voluminoso, con frecuencia llega a medir hasta ocho centímetros, es de pronóstico favorable y predomina en las mujeres menores de 50 años.

Carcinoma colóide: Es un tumor de lento crecimiento, se localiza en la mitad lateral de la mama, en promedio alcanza un crecimiento de tres centímetros, es circunscrito al área y encapsulado, de aspecto brillante y gelatinoso.

Este tumor tiene dos modos de presentarse: el tipo puro que presenta las características anteriores y el tipo mixto, el cual tiene como característica adicional ser invasivo y poco frecuente; ambos tipos cursan con buen pronóstico.

Carcinoma inflamatorio: Este tumor está cubierto por un edema difuso, que es más grande que el propio tumor, se proyecta sobre la tercera parte de la mama; no tiene bordes delineados, presenta metástasis, es de mal pronóstico, casi siempre mortal; siendo por lo tanto inútil la cirugía y cuando se hace uso de tratamientos como la quimioterapia y/o la radioterapia únicamente se utilizan como métodos paliativos.

Enfermedad de Paget: Se caracteriza por ser una lesión eczematóide, de lento crecimiento en el pezón que puede extenderse a la areola o al tejido vecino. En la primera etapa hay comezón y ardor del pezón, sin cambios anatómicos, en la segunda etapa, el pezón se enrojece, aparece más liso de lo normal y frecuentemente presenta secreción, en tercera etapa, la epidermis se vuelve rugosa y gruesa y en la cuarta y última etapa existe erosión del pezón con drenaje y episodios de ligero sangrado.

La edad promedio de aparición de esta neoplasia es a los 54 años, es de mal pronóstico cuando hay una tumoración subyacente.

Carcinomas lobulillares

Carcinoma lobulillar in situ: Aparece en el cuadrante superior externo de la mama, frecuentemente es bilateral, es un tipo de tumor que permanece en etapa preinvasora durante amplios períodos de tiempo, incluso 20 años. El promedio de edad de la mujer a la aparición del tumor es de 46 años.

Carcinoma lobulillar infiltrante: Es una tumoración dura, la cual puede ser multifocal, es infiltrante, pudiendo extenderse más allá de los límites del lóbulo. Aparece en promedio a los 55 años de edad.

Acercas del carcinoma lobulillar Klusek y Bowen, (1986) comentan que el carcinoma lobulillar in situ, no da metástasis, pero puede existir en algunos casos un cáncer infiltrativo en la misma mama, o en la opuesta, lo que implica un mal pronóstico, acerca del carcinoma lobulillar infiltrante dicen que esta es una neoplasia que está asociada a un mal pronóstico.

Una vez expuestos las diferentes neoplasias que se pueden presentar en las mamas, se hará una revisión del tratamiento adecuado para cada patología.

Tratamientos médicos para el cáncer de mama

Se debe recordar que los tratamientos para el cáncer se han descrito anteriormente. Aquí se proporcionará una explicación, del tratamiento que debe usarse de acuerdo al tipo de neoplasia mamaria que se presenta.

De acuerdo a Hossfeld, D. (1992) Los tratamientos para el cáncer se dividen en: Locales y sistémicos.

Los tratamientos locales a su vez incluyen la cirugía y la radioterapia

La cirugía

El tratamiento para el cáncer de mama ofrece varias opciones, no obstante se considera a la cirugía como el tratamiento principal para los tumores de las mamas. La cirugía ofrece varias modalidades, entre las que se encuentran la cirugía radical, reductiva, conservadora, paliativa y reconstructiva.

La cirugía para el cáncer de mama tradicionalmente utilizada, era la *mastectomía radical o tipo Hasteld*. Esta consistía en la extirpación de la mama en su totalidad, así como de las cadenas ganglionares y ambos músculos pectorales (pectoral mayor y menor); posteriormente entró en uso la *mastectomía radical modificada*, y se convirtió en la técnica terapéutica estándar; este tipo de cirugía no es tan amplio como el anterior, en ella se lleva a cabo la extirpación de la mama, con disección axilar y tratando de preservar los músculos pectorales.

La Cirugía limitada o cuadrantectomía, es un tipo de intervención quirúrgica que tiene como finalidad la preservación de la mama, va asociada a radioterapia y está indicada para tumores pequeños que midan hasta dos centímetros y que se encuentren en el cuadrante superior externo, en ocasiones se combina con extirpación axilar completa.

Por su parte la *cirugía reductiva*, tiene como finalidad la extirpación de la mayor cantidad de tejido neoplásico, para complementar después con otro tipo de tratamiento, por ejemplo radioterapia.

La cirugía paliativa persigue disminuir complicaciones que han surgido a causa del tumor, así como aliviar los síntomas dolorosos, provocados por la evolución de la enfermedad, brindando a la paciente mejores condiciones de vida, se debe recordar que esta cirugía no tiene fines curativos (Hossfeld, 1992).

La cirugía reconstructiva es aquella que se sirve de injertos o prótesis para reparar el defecto quirúrgico (López y González, 1999).

Debe aclararse que independientemente del tipo de mastectomía o cirugía limitada que se lleve a cabo, se considera que la extirpación ganglionar es el tratamiento base, porque permite establecer el diagnóstico, pronóstico y terapéuticas adecuadas.

La radioterapia

Este tratamiento es de gran utilidad, porque permite alcanzar áreas en las que el cirujano no puede intervenir y tiene como finalidad irradiar a la zona de la cirugía, la pared torácica y a los ganglios linfáticos para: Disminuir la recurrencia local, servir de complemento de la cirugía limitada o conservadora, ser de utilidad antes de la cirugía reduciendo el tamaño del tumor y facilitando de esta forma la intervención y servir como tratamiento paliativo, para obtener mejoría de los síntomas originados por las metástasis (Hossfeld, 1992).

Los tratamientos sistémicos

Estos tratamientos incluyen quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia.

La quimioterapia

Este tratamiento es de gran utilidad y es el de uso más común en el cáncer de mama, es sugerido cuando los nódulos linfáticos están afectados, en caso de tumores muy grandes para disminuirlos, cuando existe metástasis del tumor primario, cuando se quieren evitar recurrencias y como método paliativo (López y De la Cruz, 1994). Los carcinomas mamarios responden a muchos fármacos citotóxicos, en especial cuando se combinan; la quimioterapia se debe administrar en forma intermitente y por periodos prolongados (Klusek y Bowen, 1986). Y es un tratamiento que puede ser aplicado por vía oral, intramuscular e intravenosa. (López y De la Cruz, 1994).

La hormonoterapia

Es un tratamiento que utiliza fármacos hormonales, ya que existen células tumorales que tienen dependencia hormonal y responden a este tipo de tratamiento; el efecto de los fármacos es bastante específico sobre el tumor, por lo que el riesgo de daño a las células sanas es muy reducido.

En el caso del cáncer de mama las células pueden tener receptores de estrógenos y progesterona, los mismos que se pueden bloquear o estimular con fármacos específicos como el tamoxifeno (antiestrogenos) o los progestagenos con los que se consigue la reducción del volumen tumoral.

La inmunoterapia

El sistema inmune tiene la capacidad de reconocer los agentes extraños en el organismo, es así que identifica a las células tumorales y tras esta identificación procede a eliminarlas de forma directa o indirecta. Este es un fenómeno muy

complicado que resulta de la interacción de numerosos caminos de represión celular y se complica aún más, porque las células tumorales tienen la capacidad de evadir la respuesta inmunológica, lo que hace más difícil el proceso.

La función adecuada del sistema inmune (linfocitos T), así como el mantenimiento de la inmunidad natural o vigilancia inmunológica basada en la actividad de los macrófagos y de las células naturales asesinas (Natural Killer), proporciona una relativa protección contra los procesos de malignización celular que se producen en los individuos.

Afortunadamente existen agentes que modifican la respuesta biológica y que por tal motivo se utilizan en el tratamiento de los carcinomas (López y González, 1999).

Para finalizar este apartado, es importante recordar que cada tipo de tratamiento tiene repercusiones secundarias en el ámbito físico como el cambio de pigmentación en la piel, las náuseas, el vómito, la anorexia, la pérdida crónica del peso corporal, la pérdida de funciones, la vitalidad y energía disminuidas, el desfiguramiento o amputación que le sigue a una mastectomía, la pérdida del cabello (alopecia) y la disminución de la libido (Asato, 1990).

Sin embargo cuando se entiende al ser humano como una unidad integral se debe tomar en cuenta todos los aspectos del mismo, por eso es de vital importancia conocer las reacciones psicológicas que se presentan en las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama y las consecuencias que conllevan los diversos tratamientos a los que son sometidas.

Entre los ejemplos de reacciones documentadas, Asato, (1990) señala ideas de suicidio, angustia intensa, cambios de humor y de conducta y en algunos casos episodios transitorios de alcoholismo y abuso de tranquilizantes. Salazar, (2000) agrega que en estas pacientes se presentan trastornos del sueño, ansiedad, miedo y depresión; la cual se manifiesta con afecto deprimido, apatía, cansancio, sentimientos de culpabilidad, disminución de la capacidad cognoscitiva y pensamientos e ideas suicidas. Al respecto de esto Hossfeld (1992) comenta que la ansiedad y la depresión son consideradas emergencias en las pacientes con cáncer.

El cáncer desde una perspectiva psicológica

Anteriormente se ha mencionado que los individuos deben ser tratados de manera integral, tomando en cuenta las esferas psicológica, biológica y social. De acuerdo a esto es importante tener en cuenta los aspectos psicológicos del paciente con cáncer.

El cáncer es una enfermedad crónica que también es considerada como psicosomática por algunos autores, los que proponen que la evolución de dicha enfermedad queda determinada por factores emocionales. Entre estos autores se encuentra Bayes, (1984), él considera que todos los trastornos o enfermedades, así como los estados de salud, tienen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico; aunque también las variables

psicológicas de tipo cognitivo, motivacional y emocional pueden tener repercusiones directas en la esfera biológica. De manera particular menciona que existe una relación directa entre los factores psicológicos y el desarrollo del cáncer, aunque admite que la etiología del cáncer es multifactorial.

Asimismo expone que ya desde la antigüedad se había hablado de dicha relación, cuando por ejemplo, Hipócrates señalaba la influencia que el alma ejercía sobre el cuerpo y a su vez la influencia de este, sobre la parte anímica. Citando a Galeno explica que este médico calculaba que en el 60% de sus pacientes, la enfermedad se debía más a causas emocionales que físicas.

Este autor menciona también que de acuerdo con el Instituto Psicoanalítico de Chicago, algunos trastornos orgánicos son resultado de conflictos inconscientes que los individuos no han resuelto y agrega que existen tipos específicos de personalidad para algunas enfermedades.

Por otra parte señala que ciertos acontecimientos de la biografía de las personas (fallecimientos, divorcios, jubilaciones, etc.) tienen la capacidad de producir respuestas emocionales, las cuales a su vez provocan respuestas fisiológicas, las mismas que varían en los individuos en función de sus mecanismos psicológicos.

Bayes (en Gonzáles, et. Al. 1996) expone que así como en diferentes épocas de la historia humana, han existido enfermedades como la tuberculosis y la peste en las cuales se ha establecido el vínculo enfermedad-muerte, en la actualidad, el cáncer es considerado de la misma manera como sinónimo de muerte. El entender la enfermedad oncológica de esta forma genera un impacto emocional desmedido. El que así se entienda el cáncer viene respaldado por los significados que la sociedad le atribuye y los sentimientos que estos significados, generan en dicha sociedad.

Afirmando lo arriba descrito, Asato, B. (1990), señala que la sociedad tiene una influencia determinante en cuanto al significado que se le da a la palabra cáncer; ya que esta palabra se ve rodeada de diversos sentimientos, significados y folclore, mismos que la sociedad le otorga, generando de esta manera un impacto emocional severo, el cual es producto de los diversos temores que envuelven a la enfermedad, los cuales se relacionan directamente con la muerte y la falta de control.

"Hace parecer como si el cuerpo destruyera nuestro ser. En apariencia viene el mal no se sabe de donde, y fustiga sin previa advertencia, mostrando sus efectos en el paciente en cualquier parte del organismo... El cáncer representa el estado anormal del ser físico que simboliza al mismo tiempo nuestra tenue capacidad de conservar la vida y la frágil realidad de nuestro autocontrol" (p.3).

En el reporte que presenta La Asociación Psiquiátrica Americana (2001) menciona que los factores psicológicos influyen de forma negativa en el estado físico, de manera tal que son capaces de alterar el curso de la enfermedad, esto se puede observar cuando por ejemplo: existe una estrecha asociación temporal entre el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica general y los factores psicológicos. Dichos factores interfieren también con el tratamiento cuando provocan que la adherencia terapéutica de los pacientes se

vea reducida. De la misma forma establece que existen otros factores psicológicos que influyen ya sea afectando el curso de la enfermedad o interfiriendo con el tratamiento, estos factores son:

- A) Trastornos mentales, como una depresión mayor.
- B) Síntomas psicológicos, como la ansiedad.
- C) Rasgos de personalidad, por ejemplo la hostilidad o el negativismo
- D) Estilos de afrontamiento que sean inadecuados, como un estilo de afrontamiento represivo, el cual puede retrasar la toma de decisión respecto del tratamiento a seguir.
- E) Conductas desadaptativas que se relacionen con la salud, tales como el consumo de drogas, alcohol o tabaco, etc.
- F) Factores sociales, culturales e interpersonales, los cuales pueden inducir efectos adversos sobre la enfermedad.

Por lo que se refiere a los trastornos mentales como lo es la depresión, explica que ésta, además de incapacitar, afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Tanto los pacientes como las familias de estos, que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos niveles de estrés y de perturbación emocional. No obstante, la tristeza y la pena son reacciones normales a la crisis que hay que enfrentar al momento del diagnóstico y durante el proceso de la enfermedad oncológica. Estas reacciones las experimentarán periódicamente todas las personas que se enfrenten a este padecimiento, sin embargo es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos; estos últimos se pueden presentar en aquellas personas que muestren mayor dificultad en ajustarse al diagnóstico, por no hacer uso de estrategias de afrontamiento eficaces. Generalmente, la respuesta emocional inicial de la persona al diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación; esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación, hasta una depresión grave.

Es elemental distinguir esta depresión de estados más leves, como es la tristeza reactiva (que dura algunas horas o días) de la depresión asociada a trastornos médicos (depresión reactiva). Entre las causas de depresión reactiva encontramos el asma, las infecciones crónicas, la insuficiencia cardíaca, **el cáncer**, la diabetes, el SIDA, la artritis reumatoide, la colitis ulcerativa, etc.

Es importante señalar que la depresión relacionada con el cáncer no es substancialmente diferente de la depresión en otros trastornos médicos, pero los tratamientos deberán adaptarse o refinarse en el caso de los pacientes de cáncer, para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería breve, a grupos de apoyo, medicación y psicoterapia, con la finalidad de que la depresión no afecte el curso y/o el tratamiento de la enfermedad oncológica (National Cancer Institute, 2004).

Al respecto de lo anterior Die Trill (en Berenjena, 2003) menciona que cuando la mujer con cáncer de mama está deprimida se adhiere de una manera deficiente al tratamiento médico; puesto que una depresión mayor, muchas veces incapacita físicamente a la enferma para acudir al servicio médico por la apatía y desmotivación que la depresión le provoca. Por otra parte agrega que las pacientes con cáncer de mama en una fase no muy avanzada que desarrollan depresión al conocer su diagnóstico tienen más riesgo de fallecer. En el caso de un cáncer en fases más desarrolladas, la enfermedad es más letal entre las mujeres que padecían depresión antes de conocer su diagnóstico.

El momento en el que aparecen los primeros indicios de depresión difiere mucho de una mujer a otra. Lo más frecuente es que surjan cuando la mujer conoce el diagnóstico, cuando experimenta una recaída o se le detecta metástasis. También en ocasiones puede deprimirse antes de que se confirme el diagnóstico, sobre todo si cuenta con antecedentes familiares de la enfermedad (Diario El Mundo, España, 2003).

En lo que concierne al punto D que menciona los estilos de afrontamiento inadecuados y su relación con la salud, Lazarus y Folkman (1991), señalan que el afrontamiento puede influir en la salud por medio de tres vías:

1) Cuando influye en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, esto sucede cuando se dejan de prevenir las condiciones ambientales que son nocivas, esto quiere decir que existe una insuficiencia de afrontamiento dirigido al problema; por ejemplo, el entorno puede limitar las condiciones o recursos para que se realice el afrontamiento y/o por un déficit de los recursos para llevar a cabo un afrontamiento de este tipo.

También al existir ausencia de regulación emocional; lo que quiere decir que el afrontamiento dirigido a la emoción es insuficiente para hacer frente a los daños o amenazas, aquí se habla por ejemplo de estrategias equivocadas e ineficaces como el distanciamiento o la desvinculación, que sirven para reducir la respuesta emocional, y también cuando la persona tiene un estilo de afrontamiento que es en sí mismo inadecuado, como el patrón A de conducta.

2) Por un afrontamiento inadecuado, que se dirige al uso de sustancias y/o actividades nocivas que ponen en riesgo la salud o la vida; por ejemplo una persona con enfermedad coronaria o con riesgo de padecerla, afronta el estrés aumentando la cantidad de cigarrillos que fuma, lo que puede agravar o propiciar el proceso de enfermedad.

3) Y cuando las formas de afrontamiento que se dirigen a la emoción impiden las conductas adaptativas y por lo tanto dañan la salud; esto sucede al utilizar estrategias de afrontamiento como la negación y la evitación, llevando a conductas que si bien disminuyen el grado de trastorno emocional, evitan que los individuos se enfrenten de una forma realista al problema, el que puede ser susceptible de solución usando estrategias adecuadas,

Para ejemplificar algunos puntos anteriores se citan los estudios siguientes: Se realizó una investigación para conocer cómo es que los sujetos institucionalizados y de edad avanzada, evaluaban y afrontaban su situación; encontrando que aquellas personas que evaluaron y afrontaron de forma favorable tuvieron una tasa de supervivencia de tres años más que los sujetos que evaluaron y afrontaron de forma negativa Janoff-Bulman y Marshall (1982 en Lazarus y Folkman, 1991). En otra investigación llevada a cabo con pacientes cancerosos terminales se reportó una tasa de supervivencia menor, cuando el afrontamiento que presentaban los sujetos se caracterizaba por alienación, retraimiento y depresión, en comparación con sujetos que utilizaron estrategias de afrontamiento positivas y buscaron el apoyo social en familiares y amigos Weisman y Worden (1975 citados en Lazarus y Folkman, 1991). Por último, existe evidencia de que a mujeres a las que se les diagnosticó cáncer de mama y afrontaron su diagnóstico y enfermedad, con conductas de evitación, presentaron elevados niveles de angustia lo cual incrementó el riesgo y las dificultades en el desarrollo y tratamiento de la enfermedad (McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter, Foreman, 1999).

Cabe señalar que los puntos A y D, correspondientes a trastornos mentales y estilos de afrontamiento, se han descrito de forma breve a manera de introducción; ya que serán tratados posteriormente de modo más extenso.

Personalidad y cáncer

Se ha indicado anteriormente, que al hablar de cáncer no solo intervienen aspectos biológicos, sino existen ciertas variables psicológicas que pueden promover el desarrollo de la enfermedad oncológica.

Cooper (1999) menciona algunas características de personalidad, que predisponen potencialmente al desarrollo del cáncer. Estas características se encuentran en personas que son descritas como inhibidas, que niegan y reprimen reacciones emocionales, en especial tienden a inhibir sus expresiones agresivas, muestran dificultad para hacer frente a situaciones de estrés en forma activa, utilizando *estilos de afrontamiento* que se caracterizan por reacciones emocionales pasivas, anti-agresivas, de aceptación y resignación. Kim, Valdimarsdottir, Bovbjerg, (2003) llevaron a cabo una investigación, para examinar las diferencias individuales en las estrategias de afrontamiento en mujeres, comparando una muestra de mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama (FHBC+) y mujeres sin tales antecedentes (FHBC-) y encontraron que las mujeres (FHBC+) emplean estilos de afrontamiento pasivos, los mismos que se asocian a elevados niveles de angustia específica al cáncer, lo cual tiene implicaciones negativas para estas mujeres y su adaptación a la enfermedad.

Cooper (op.cit) comenta también que estas personas no saben reaccionar de manera adecuada a los estresores, entre los que se encuentran los psicosociales como muerte, divorcio, enfermedad, jubilación, etc. Tendiendo a presentar sentimientos de indefensión, desesperanza y *depresión*, los cuales inducen a cambios hormonales, que traen como consecuencia que el sistema inmunológico se vea afectado, disminuyendo su eficacia, haciendo al sujeto más vulnerable a la

enfermedad oncológica. Al respecto Luecken y Compas, (2002) comentan que existen eslabones entre trastorno emocional, sistema inmune y sistema neuroendocrino medidos en pacientes con cáncer. Ellos evaluaron un modelo biopsicosocial en donde el estilo de afrontamiento y el ajuste psicológico se asociaron a alteraciones en los niveles de cortisol, la función inmune y los resultados médicos.

Flórez (1994) corroborando lo referido por Cooper, describe a los pacientes con cáncer como: conformistas, inhibidos, excesivamente ajustados, con personalidad compulsiva, ansiosos, depresivos y con tendencia a reprimir y rechazar los afectos. Agrega además que son personas con estrés emocional muy marcado, debido a pérdidas objetivas, que los vuelven vulnerables al dolor, la tristeza y el abandono.

En resumen, este autor menciona un perfil de personalidad que es altamente vulnerable a este tipo de enfermedad y al que identifica como Personalidad tipo "C", el cual tiene las siguientes características:

- Dificultad para expresar emociones o sentirlas
- Baja autoestima
- Convencionalismo
- Desamparo y desesperanza
- Perfeccionismo
- Simpatía
- Falta de asertividad
- Laboriosidad

Lo arriba expuesto muestra las características que pueden favorecer cualquier tipo de cáncer; no obstante Flórez, (1994) menciona particularmente, las características psicológicas de las mujeres que desarrollan cáncer de mama, ellas presentan:

- Reacciones emocionales pobres (reprimidas)
- Son inhibidas
- Conformistas
- Maternidad inhibida
- Represión y rechazo de la agresividad
- Depresivas y compulsivas
- Estructura de carácter masoquista
- Incapaces de descargar ira u hostilidad
- Sexualidad inhibida
- Tienen dificultad en establecer relaciones interpersonales

Por ejemplo, Brainsky, (1997) realizó una investigación, para conocer la estructura de personalidad de las pacientes con cáncer de mama, comparándolas con mujeres depresivas hipocondríacas; en los resultados encontró, que las mujeres del grupo con cáncer se diferenciaban considerablemente del grupo neurótico, ya

que las mujeres con cáncer tenían los rasgos siguientes: fantasías de madre sacrificada o víctima, alimentación temprana muy pobre, marcada represión ansiosa histérica, menor capacidad para divertirse, menos participativas y cooperativas, dificultad para las relaciones interpersonales, silenciosa y peligrosa reacción de adaptación en la adolescencia, funcionamiento muy pobre en la escuela y/o trabajo y menos asertividad.

Una vez expuestas las variables psicológicas y las características de personalidad que influyen en la aparición del cáncer, se describirán los factores que intervienen en las reacciones psicológicas de los pacientes ante la enfermedad física y cuales son dichas reacciones.

Factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente ante la enfermedad oncológica.

Es importante tener en consideración que todos los trastornos y enfermedades, como los estados de salud, van a influir de manera desfavorable o favorable en el ámbito psicológico, razón por la que se debe tener conocimiento, de los factores que influyen en la respuesta psicológica, que tengan los pacientes ante la enfermedad.

De acuerdo a esto se ha mencionado que el significado psicológico que se le da a la enfermedad orgánica es importante, aunque éste adquiere mayor relevancia en los padecimientos malignos como el cáncer, el cual tiene como consecuencias, aumento en la probabilidad de la muerte, mayor posibilidad de remoción quirúrgica de órganos, mayor riesgo de dolor, de sufrimiento y de temores asociados al padecimiento y cambios importantes en el estilo de vida. Por lo tanto las reacciones emocionales que se presenten, estarán determinadas por el significado que el paciente le dé a la enfermedad así como también por la representación real y simbólica que para el paciente tenga el órgano y el tipo de función afectados (Bellak, 1965).

Hallazgos señalan que al considerar los aspectos psicológicos, se debe tener presente el estigma social que provoca la enfermedad y que pesa sobre el paciente, lesionando su vida laboral, sus relaciones interpersonales y la imagen de sí mismo, además de que existen otras variables que influyen en las reacciones psicológicas del paciente como son: el tipo de cáncer que se padezca, la capacidad o incapacidad de localizarlo, o el que se encuentre en órganos vitales, puesto que estos provocan más temor y menos posibilidades de curación.

Por otra parte existen tumores que suman reacciones emotivas, como los que se localizan en órganos sexuales, porque se relacionan con la feminidad o masculinidad según sea el caso (Asato, 1992).

Flórez (1994) explica que el individuo responde a la enfermedad, activando sus *estrategias de afrontamiento* ante la amenaza; los pacientes van a presentar respuestas diferentes a la enfermedad, incluso cuando esta, tenga las mismas características, puesto que es una experiencia muy subjetiva la cual puede ser percibida como amenaza, ventaja, pérdida, castigo, etc. Sin embargo, comenta

que existen factores generales que influyen sobre la respuesta psicológica, dentro de los cuales están los que se relacionan con el paciente, con la enfermedad y con el entorno social.

Dentro de los factores que se relacionan con el paciente menciona: Los rasgos de personalidad, que van a determinar la respuesta del paciente ante el padecimiento, la edad, ya que la enfermedad puede resultar más penosa en ciertas etapas de la vida, el estado emocional previo y simultáneo a la enfermedad, puesto que este influirá en el tipo de respuesta que se presente.

En cuanto a los factores que se relacionan con la enfermedad señala: Los que se corresponden directamente con la significación que se tenga del padecimiento, por ejemplo los hombres temen más a la enfermedad que los inhabilita y las mujeres a aquella que tiene la capacidad de desfigurar su imagen corporal.

Por último los factores relacionados con el entorno social, los cuales tienen una influencia determinante en el paciente y están en función de las respuestas emocionales que parientes y amistades, muestren hacia él.

Explica también que de acuerdo a estos factores, el paciente hace una evaluación de su enfermedad, aún de modo inconsciente, y entonces recurre a sus procesos de defensa para luchar contra la misma.

Durante la enfermedad se presenta una sucesión de estados psicológicos continuos, dentro de los que es frecuente que aparezcan la ansiedad y la *depresión*, entre otros. Cuando estos estados emocionales provocan que la recuperación o la adaptación se entorpezcan se toman patológicos.

Reacciones psicológicas del paciente ante la enfermedad oncológica

Flórez (1994) Enumera los estadios psicológicos que aparecen como respuesta a la enfermedad.

- *Ansiedad*: Surge cuando la enfermedad es percibida como una amenaza potencial; es el temor natural a perder alguna función o bien a sufrir una mutilación, la cual deja al paciente en una situación de dependencia.
- *Negación*: Es el mecanismo de defensa más efectivo, puesto que el paciente suele utilizarlo como una forma de protegerse del daño. Este mecanismo es utilizado por el paciente para rechazar todos los hechos o emociones desagradables que se refieran a la enfermedad, así como también para disminuir la existencia de la misma y sus consecuencias. Aunque la negación es un mecanismo que ayuda al paciente a adaptarse a las diferentes fases de la enfermedad, también puede provocar una respuesta de mala adaptación, lo que impediría la adherencia terapéutica.
- *Proyección*: Se utiliza cuando el paciente considera el padecimiento, como un enemigo o castigo injustificado y esto provoca que culpe, reproche o acuse a las personas cercanas a él de su enfermedad, incluyendo al equipo médico.

- **Depresión:** Es un estado de abatimiento, caracterizado por sentimientos de minusvalía y desesperanza. Generalmente la depresión se produce cuando las consecuencias de la enfermedad implican pérdida, la cual puede ser anatómica, funcional o simbólica.

Además de los mecanismos antes citados, Cooper (1999) menciona: *la regresión*, la cual se caracteriza por retomar a los niveles de desarrollo más inmaduros. Dice que este mecanismo se manifiesta cuando los excesivos cuidados de los familiares, provocan que el paciente desarrolle conductas de dependencia, las cuales no le permiten accionar de modo adecuado sus estrategias de afrontamiento.

Se han citado hasta aquí los aspectos psicológicos del cáncer, de manera general. A continuación se describirá la actitud de la mujer ante el cáncer de mama.

Percepción y actitud frente al cáncer de mama y su relación con la respuesta psicológica

Las respuestas psicológicas que se presentan en la mujer con cáncer de mama, están determinadas por la manera como es percibida la enfermedad y la actitud que ante esta se asuma.

El cáncer de mama provoca múltiples respuestas psicológicas. Un diagnóstico positivo de ésta enfermedad se asocia a muerte, dolor, sufrimiento, desfiguración corporal y pérdida de la feminidad, entre otros.

En la mujer que ha sido diagnosticada positivamente, surge una **etapa de negación** de la enfermedad, donde predomina un rechazo hacia todo lo que se relacione con el padecimiento, se despierta una ansiedad muy intensa y surgen conductas de agitación, las cuales se caracterizan por etapas donde la mujer llora desconsoladamente, intercalándose con períodos de enojo y de impulsividad. Anteriormente se ha mencionado que esta etapa sirve para ayudar a la mujer a adaptarse a la enfermedad o puede también ser un obstáculo para adherirse al tratamiento médico.

A continuación se presenta un periodo, en la cual la mujer experimenta sentimientos de pérdida, que se originan por la amenaza latente a su integridad física y aparecen vivencias depresivas que son resultado de ver amenazada su feminidad y estética.

Finalmente cuando la mujer acepta de forma positiva su enfermedad, utiliza el **mecanismo de sublimación**, de tal forma que le ayude a descargar su ansiedad y angustia.

Sin embargo en la mayoría de los casos el impacto del diagnóstico y el miedo a los tratamientos, así como el temor al percibir amenazada su imagen corporal provocan depresión en la mujer.

La depresión que se presenta se caracteriza por una tríada de sentimientos negativos, dentro de los cuales ella tiene una visión negativa de sí misma, del futuro y del ambiente.

La visión que tiene la mujer de sí misma es uno de los elementos más importantes, y está en relación con la respuesta psicológica que manifestará, porque el hecho de que la enfermedad se ubique en los senos, provoca ruptura de la autoestima, ya que esta parte de la anatomía de la mujer es considerada como un símbolo de la femineidad, de la sexualidad y del propio Yo (Flórez, 1994).

La imagen de sí mismo en cuanto a cómo se percibe la persona es de vital importancia. La imagen de sí mismo, en cuanto a cómo se siente y cómo piensa la persona acerca de sí misma, está determinada por los niveles de comodidad de cada persona, respecto de ella misma y del trato hacia los demás, los que están influidos de forma importante por la auto imagen; la cual se deriva de experiencias del desarrollo del individuo desde la infancia, en el contexto de recursos físicos e intelectuales específicos, donde los componentes más importantes son: El ser físico, el ser psíquico y el ser social (Bleger, 1978).

Para aclarar lo anterior Cortés y Sánchez, (1999) explican que la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; la autoestima puede sufrir grandes altibajos, dependiendo de las cosas que puedan influir en cada momento: hechos, personas, situaciones experimentadas.

La autoestima se desarrolla cuando se han satisfecho adecuada y convenientemente las necesidades primarias de la vida y cuando se experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

vinculación: Resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.

singularidad: Resultado del conocimiento y respeto que se siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

poder: Consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad para modificar las circunstancias de la vida de manera significativa.

modelos o pautas: Puntos de referencia que dotan a la persona de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Estas cuatro condiciones deben estar siempre presentes para que se desarrolle y se mantenga la autoestima. Ninguna es más importante que otra; si una de ellas no se encuentra en la medida adecuada, la autoestima se resentirá o se distorsionará en la misma medida.

Por otra parte el autoconcepto hace referencia a la representación mental que la persona tiene de sí misma. Lo que afecta a la autoestima, es la valoración del autoconcepto (Martínez, 2002). Tamayo (en Thomae, 1991) define el autoconcepto como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinámismos son determinados socialmente; y comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo. Esta definición demuestra la manera tan estrecha en que están ligados los términos autoconcepto y autoestima, ya que ésta, al ser la parte evaluativa del autoconcepto, resulta inseparable del mismo. Por lo tanto, hablar de autoestima necesariamente hace referencia al autoconcepto que se relaciona en sustancia con el aspecto descriptivo de la persona, la imagen de sí mismo.

Por su parte Schilder (citado en Fabris, 2001) define el esquema corporal, y dice que es la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Comenta además que es una estructura que funciona inconscientemente, que sufre variaciones de todo tipo, ya sea por lesiones en el cuerpo o enfermedades que distorsionan la imagen corporal, alteraciones ligadas a lesiones orgánicas, o desarrollos desviados de la personalidad; por lo tanto el esquema corporal o la imagen que cada uno tiene de sí mismo, es una estructura móvil, que se configura en la interrelación con el mundo, es decir que es cambiante y sufre las vicisitudes del desarrollo. Es decir que la imagen corporal que el sujeto tenga de sí varía según las circunstancias. Martínez, (2002) explica que existen cinco ámbitos en que la persona capta la imagen de sí misma: El profesional o escolar, el familiar, el social, el aspecto físico y el aspecto ético-moral.

Por esta razón Flórez, (1994) señala que cuando la mujer con cáncer de mama tiene una visión negativa de sí misma a consecuencia de la propia enfermedad, o por causa de los tratamientos, que en muchas ocasiones suponen la amputación de la mama, generando cambios en su imagen corporal, sus niveles de comodidad respecto de sí misma y del trato hacia los demás en las esferas familiar, social y laboral se verán seriamente afectados.

Dichos cambios provocan ruptura de la autoestima, la cual estará en relación con la respuesta psicológica que manifestara la mujer.

El cáncer de mama y sus tratamientos como ya se ha señalado inducen modificaciones, algunas temporales como el adelgazamiento y la pérdida del cabello y otras permanentes como en el caso de una mastectomía, las cuales repercuten de forma directa en la mujer, en su área física, psíquica y social.

La percepción y actitud ante estos cambios están basadas en la realidad inmediata y en la anticipación a posibles modificaciones futuras. En el caso del cáncer de mama estos cambios se asocian a la amputación (mastectomía), desfiguramiento y a la idea anticipada de sentirse incapacitada para ser compañera sexual de la pareja, lo que induce grandes niveles de ansiedad y depresión (Asato, 1991).

La mujer con cáncer de mama, sufre del temor al rechazo y a la pérdida de vínculos importantes, generados por los cambios temporales o definitivos en su

imagen corporal, los cuales son el resultado de la enfermedad o de las secuelas de los tratamientos a los que haya estado expuesta.

El impacto psicológico que estas modificaciones generan varía de una mujer a otra, ya que estarán determinadas por características de la propia mujer, como la edad, el estado civil, el vínculo de pareja si la hay y la situación emocional previa a la enfermedad, esta última ha sido descrita anteriormente (Cuello, 1999).

Respecto a la edad las mujeres seniles aceptan la amputación de la mama presentando un impacto psicológico menor, comparado con el que manifiestan las mujeres jóvenes. Por otra parte las mujeres solteras consideran que sus relaciones de pareja se verán perturbadas o incluso imposibilitadas tras la mastectomía, teniendo por resultado niveles de angustia y ansiedad intensos. Cuando la mujer es casada el apoyo que su pareja le brinda es fundamental, para ayudarla a adaptarse a su nueva imagen corporal y a su vida sexual (Flórez, 1994). Por ejemplo en un estudio que examinó las variables demográficas y psicosociales, se encontró que las mujeres jóvenes y solteras desarrollan niveles de depresión más elevados, que los de las mujeres ancianas, así como aquellas que tienen parientes con cáncer de mama, presentan más síntomas de ansiedad y aumento de la vulnerabilidad al cáncer; todo esto independiente del tratamiento quirúrgico o lo relacionado con este. (Wellisch y Lindberg, 2001).

En la mujer con cáncer, la esfera sexual se ve directamente afectada cuando los tratamientos comprometen regiones del cuerpo relacionadas con la sexualidad, como en el caso del cáncer de mama. El cambio en la imagen corporal, provocado por los tratamientos como la mastectomía, la quimioterapia y radioterapia, se asocia con el temor al rechazo por parte de la pareja, temor de ver disminuida su energía y el temor al dolor físico (Cuello, 1999). En referencia a esto Bonnaud, Chabrol, Lakdja, Swendsen, Sztulman, (2000) trabajaron con mujeres que se trataron para el cáncer de mama con cirugía radical o conservadora; revelando que el rasgo de ansiedad preoperatoria, así como la imagen corporal, afectaron las reacciones cognoscitivas y emocionales al dolor postoperatorio.

Por otra parte Cuello (1999) comenta que el deseo y la sensación de placer que son componentes de la respuesta sexual y están directamente relacionados con el estado anímico, sufren cambios drásticos, frente a las perturbaciones externas o internas provocadas por la enfermedad y los tratamientos.

Además de lo anterior, expone que la mujer tiene temor a ser discriminada en su círculo social o lugar de trabajo, en esta área se presentan temores relacionados con el rechazo, el abandono y la pérdida de logros obtenidos, puesto que una enfermedad tan grave e incapacitante como el cáncer de mama, compromete todo tipo de vínculos laborales.

Hasta aquí se han descrito las respuestas emocionales que presenta la mujer frente a un diagnóstico positivo de cáncer de mama, dentro de las cuales se encuentra la depresión, la cual se ha relacionado a menudo con el padecimiento oncológico, razón por la cual posteriormente se abordará dicho tema, de una manera más amplia.

Por otra parte durante el presente capítulo, se han mencionado diversas variables que influyen en la respuesta psicológica, lo cual hace evidente que la capacidad que se tiene para superar los problemas vitales, depende en gran parte de la manera que tiene el paciente para asimilar las experiencias, de la condición subjetiva que se tenga de la enfermedad y de la capacidad de adaptación a la misma, así como de la personalidad previa, lo cual determina, *los estilos de afrontamiento* que tiene cada paciente, para reaccionar a los acontecimientos de la vida. Este tema será referido a continuación.

CAPITULO 2

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

A partir de lo que se ha venido mencionando, se puede concluir que el cáncer es capaz de desencadenar una serie de problemas, los cuales tocan todas las esferas del individuo, percibido este como un ser integral. Las personas que atraviesan por una enfermedad que amenaza la vida constantemente, afrontan la problemática relacionada con dicha enfermedad de manera diferente, aún cuando la situación es provocada por el mismo estímulo estresante, en este caso el cáncer de mama.

Para poder entender las diferencias en las respuestas, debemos tener presente que existe una serie de procesos cognoscitivos, por medio de los cuales el sujeto lleva a cabo una evaluación del agente estresante, la que determinará posteriormente como afrontará la situación.

Antes de abordar La Teoría del Afrontamiento, es conveniente describir algunos conceptos que son necesarios para entenderla de una manera más clara.

Concepto de estrés

Cannon (1932) (citado por Lazarus y Folkman, 1991) considera que el estrés es el resultado de una perturbación en la homeostasis del organismo; entendida como el equilibrio entre el organismo y su ambiente físico, que cuando se ve perturbada provoca una crisis. Pimentel (1992) define crisis como una situación nueva que se presenta de manera intempestiva, la cual es autolimitada, porque las personas no pueden estar en desequilibrio continuo, esta situación de crisis provoca que las formas de respuestas habituales del individuo, resulten insuficientes, causando miedo, ira culpa, etc. Y que por lo tanto obligan incluso de forma temporal a tomar una resolución, la que puede traer como resultado una adaptación sana recuperando el equilibrio; o una respuesta maladaptativa con los problemas psicológicos que conlleva.

Por su parte Selye (1936) (citado por Lazarus y Folkman, 1991) define el estrés como la forma de reacción fisiológica, ante cualquier estímulo nocivo, incluidas las amenazas psicológicas. Esto quiere decir que Selye no considera el estrés como sinónimo de estímulos, el estrés lo conceptúa como el grupo de reacciones orgánicas que constituyen la respuesta a tales estímulos.

Siguiendo esta línea Lazarus y Cohen (1977) (citado por Lazarus y Folkman, 1991) mencionan tres tipos de acontecimientos que son inductores de estrés.

1) Cambios mayores: Que afectan a un grupo numeroso de personas, como los desastres naturales, guerra, encarcelamiento, desarraigo, etc. Los cuales pueden

ser prolongados como el encarcelamiento, o aparecer de forma muy rápida como los temblores; aún cuando el efecto psicológico resultado de la catástrofe se prolongue por mucho tiempo.

2) Cambios menores: Se refieren también a los cataclismos y desastres que pueden afectar a una sola persona o un número reducido de ellas, aún cuando la capacidad perturbadora del acontecimiento es la misma.

Los cambios mayores y menores se consideran como estresores universales y están fuera del control de los individuos.

3) Ajetreos diarios: Consideradas aquí todas las experiencias que provocan estrés y que son consecuencia del rol que tenemos en la vida. Son todas las cosas que tienen la potencialidad de irritarnos en un determinado momento, como: pelear con el cónyuge, sentirse solo, soportar demasiada responsabilidad, etc. Estos "ajetreos" aunque no son tan dramáticos como los cambios mayores, juegan un papel muy importante en la adaptación y conservación de la salud.

Algunos autores citados por Lazarus y Folkman, (1991) mencionan que existen acontecimientos diferentes a los arriba citados y que también se encuentran fuera del control de las personas. Así por ejemplo Bowlby, (1961) Lindemann, (1944); Parkes, (1972) mencionan la muerte de un ser querido; Aquel y Weisman, (1964) señalan las amenazas a la propia vida y las enfermedades incapacitantes; Hackett y Col. (1970) mencionan la pérdida del trabajo.

Por su parte Elliot y Eisdorder (1982) (citados por Lazarus y Folkman, 1991) proponen una taxonomía formal de estímulos estresantes, los mismos que difieren en su duración.

- 1- Estresantes agudos limitados en el tiempo, como la espera de una cirugía o de un diagnóstico importante. Al respecto Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie, David, (2002) llevaron a cabo una investigación donde las pacientes con sospecha de cáncer de mama fueron evaluadas antes del diagnóstico, ocho semanas después del principio del tratamiento y otra vez nueve meses después de la primera evaluación. Los resultados indicaron que la enfermedad psiquiátrica es más alta antes, que después de un diagnóstico definitivo de cáncer de mama.
- 2- Acontecimientos que ocurren en un tiempo prolongado, que han sido resultado de otro acontecimiento previo, como el divorcio o el fallecimiento.
- 3- Estresantes crónicos intermitentes, que se suceden una vez al día, a la semana o al mes, como problemas sexuales o conflictos con parientes.
- 4- Estresantes crónicos como incapacidades permanentes.

Lazarus y Folkman (1991) consideran que describir las variedades de estímulos es una forma de ilustrar el concepto de estrés, aunque se debe tener en cuenta, que la respuesta que se tenga ante el estímulo estresante no es la misma en todos los individuos; ya que esta se va a emitir sobre la base del patrón o modelo de respuesta de cada individuo ante el estrés, lo que a su vez, está determinado por las diferencias individuales, las que son responsables de darle fuerza y significado a las situaciones estresantes. Por lo tanto no se puede dar una definición de estrés tomando en consideración únicamente las condiciones ambientales, se deben incluir las características de los individuos. Por esta razón estos autores definen el estrés como "Una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (p. 43).

En la relación individuo entorno tienen lugar dos procesos: el de evaluación cognitiva con el cual, el individuo determina por qué y hasta qué punto una relación o una serie de relaciones con su ambiente son estresantes y el proceso de afrontamiento por medio del cual el individuo manejará las demandas de su ambiente.

Concepto de afrontamiento

En relación con lo arriba señalado; Lazarus y Folkman (1991) definen el afrontamiento "Como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p.142).

El proceso de afrontamiento

En el estudio del afrontamiento existen investigadores que se refieren a este, como a un conjunto de etapas sucesivas, lo que implica de manera implícita o explícita un proceso.

Existen varias hipótesis que se han propuesto para ilustrar esto, por ejemplo: Klinger (1977) (citado por Lazarus y Folkman 1991) menciona una secuencia que considera normal en las etapas de afrontamiento. Este autor supone que a la pérdida o amenaza de un compromiso, en primer lugar aparece un aumento del esfuerzo y del nivel de concentración, si la contrariedad continúa, sobreviene frustración y enfado, provocando con esto que la respuesta que se exprese, sea primitiva (protestas, berrinches), posteriormente si el objetivo de controlar la situación no se produce sobreviene la depresión, finalmente aparece una etapa de recuperación psicológica de la pérdida, donde los pensamientos al respecto de esta se disipan.

Por otra lado Shontz (1975) expone que cuando un individuo se ve amenazado por una enfermedad o incapacidad importantes, responde iniciando su proceso de afrontamiento, el cual se manifiesta en una serie de etapas sucesivas.

- 1- Etapa de shock: Aparece cuando la crisis surge sin previo aviso. Se caracteriza porque el individuo manifiesta sentimientos de distanciamiento, acompañados en ocasiones de una gran lucidez y eficacia, tanto en el pensamiento como en la acción.
- 2- Fase de encuentro: En esta predominan los sentimientos de desesperanza, desorganización y pánico.
- 3- Fase de retirada: Esta es una etapa de negación que va desapareciendo de manera gradual, para dar paso a la comprobación de la realidad. Esta fase se considera como un recurso natural para evitar temporalmente el desmoronamiento.

Shontz menciona que en este proceso se da un ir y venir de la etapa de encuentro a la de retirada y cuando el proceso se concluye de modo satisfactorio, las fases se suceden con menos frecuencia, hasta que desaparecen.

Sin embargo, para Lazarus y Folkman (op. cit) el afrontamiento se refiere a las evaluaciones y reevaluaciones cognoscitivas, que lleva a cabo el individuo, dentro de un contexto específico, las cuales determinan las estrategias que se han de aplicar para solucionar el problema. Dichas estrategias van a generar cambios en el individuo y en el ambiente, según vaya modificándose la relación entre ambos.

Continuando en la línea de estos autores ellos mencionan que el proceso de afrontamiento además de buscar la resolución del problema tiene otras funciones.

Funciones del afrontamiento

"La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene" (Lazarus y Folkman, 1986, p.171).

De acuerdo a esto existen funciones dirigidas a contextos específicos, entre estos se encuentra el contexto de *salud-enfermedad*.

Lazarus y Folkman (1991), enfatizan que existen dos diferentes funciones de afrontamiento: La que se enfoca a la emoción y la que se dirige al problema.

La primera se dirige a la emoción y por lo tanto se concreta a modificar el interior del individuo. Este tipo de afrontamiento generalmente aparece, cuando el sujeto después de hacer sus evaluaciones se da cuenta que no puede hacer nada para modificar las situaciones dañinas del entorno.

La segunda se dirige al entorno, en donde el individuo enfoca sus esfuerzos para modificar o manipular el problema al que se está enfrentando. Desde luego el individuo ha evaluado previamente la situación problemática y se da cuenta que es susceptible de cambio. Rosberger, Edgar, Collet, Fournier, (2002) realizaron un estudio con mujeres que estaban en tratamiento para cáncer de mama y crearon dos talleres de intervenciones psicoeducacionales de estrategias de afrontamiento uno de ellos enfocado a la emoción y el otro enfocado al problema, encontrando que las mujeres que participaron en el taller enfocado al problema, solucionaron sus dificultades de forma positiva, beneficiándose de la participación del trabajo en

dicho taller disminuyendo su ansiedad y depresión, al contrario de las mujeres que participaron en el taller enfocado a la emoción.

Es importante puntualizar que las funciones de afrontamiento dirigidas al problema y las dirigidas a la emoción interactúan en los procesos de afrontamiento, facilitando o impidiendo la actuación de una y de otra.

Una vez que se ha dejado en claro el concepto de afrontamiento, el proceso por el cual se lleva a cabo y las funciones hacia las que va dirigido, se debe agregar, que los individuos responden de diferentes modos a las situaciones aún cuando estas son generadas por los mismos estímulos; lo cual viene determinado por los estilos de afrontamiento de cada persona. Cousson-Gelie, (2000) indica que las mujeres afrontan de diferentes maneras el diagnóstico de cáncer de mama y la situación de padecer la enfermedad, esto lo demostró una vez que examinó el impacto de los factores biológicos, psicológicos y sociales, de estas pacientes; descubriendo que hacen frente a estas situaciones de cuatro maneras distintas: Manifestando ansiedad, buscando apoyo social, con estrategias enfocadas a la emoción como la auto acusación y con estrategias de afrontamiento enfocadas al problema.

Estilos o estrategias de afrontamiento

Se ha mencionado anteriormente que el afrontamiento es un proceso dinámico, por lo cual es necesario diferenciar entre rasgos y estilos de afrontamiento.

Al hablar de rasgo de afrontamiento se hace referencia a las características o propiedades, que posee el individuo, mismas que lo predisponen a reacciones determinadas (Lazarus y Folkman 1991).

Compas (1987) define a las estrategias o estilos de afrontamiento como "Los métodos de afrontamiento que caracterizan las propias reacciones individuales ante el estrés, a través de diferentes situaciones o sobre el tiempo en una situación dada, siendo consistentes con valores, creencias y metas personales" (citado por Pastrana 1998, p 41).

Por su parte Lazarus y Folkman (1991) explican que los estilos o estrategias de afrontamiento se refieren a las formas utilizadas por los individuos, para enfrentarse a las situaciones estresantes de la vida real, que son de naturaleza compleja, donde se llevan a cabo evaluaciones que obligan a tomar decisiones y que por lo tanto son actividades adaptativas que requieren de esfuerzo por parte del individuo y que además no son procesos aislados o estáticos.

Dentro de los estilos de afrontamiento dichos autores enumeran los siguientes:

A) Los que están dirigidos a disminuir el trastorno emocional como:

La evitación escape cognoscitivo: En la cual se presenta el pensamiento, acerca de que la situación deje de existir.

La evitación escape conductual: Esta estrategia se centra en reducir la tensión, lo que puede lograrse por medio del ejercicio, comiendo, bebiendo, usando drogas u otras conductas.

Distanciamiento: En esta estrategia se da un alejamiento de la situación problemática, no se hace nada para tratar de resolver el problema ni el trastorno emocional.

Minimización: Que es la tendencia a la falta de atención, ignorancia, negación o racionalización selectiva de los hechos o del significado de la enfermedad y sus consecuencias.

Comparaciones y extracción de situaciones positivas: Por medio de esta estrategia, los individuos se comparan a otros que están pasando por una situación estresante similar, en una búsqueda de lo positivo que puedan obtener del problema.

Existen también estrategias que aumentan el trastorno emocional, para provocar el desafío que lleve a la acción; y estrategias que sin cambiar la situación estresante de forma objetiva modifican el significado emocional de la misma.

B) Los que se dirigen al problema:

Estos son intentos de solución que implican, un proceso de análisis del entorno, que se basan en el uso de la información previa (experiencia), que requieren de habilidades cognoscitivas e intelectuales y que ayudan a la búsqueda de soluciones alternativas y a considerar estas, sobre la base de su costo, su beneficio y su aplicación.

A manera de resumen:

El afrontamiento no es un proceso estático sino más bien es una sucesión de actos que se dan en el tiempo, en un contexto determinado, en el cual la situación del individuo con el entorno va a sufrir modificaciones, que son resultado de los procesos de evaluación, las cuales llevan a afrontar la situación de alguna manera, situación que en muchos de los casos se reevalúa, lo que suscita posteriores formas de afrontamiento. Para que el proceso de afrontamiento se active, se necesita de un estímulo que sea considerado por el individuo como un estresor, que exceda sus recursos. El resultado de esta evaluación cognoscitiva hacia el estímulo suscitará reacciones emocionales y fisiológicas, las mismas que dan por resultado el afrontamiento, este puede centrarse o dirigirse a la solución del problema o a la emoción. Sin embargo se debe recordar que ambas funciones del afrontamiento se traslapan.

Después de lo que se ha expuesto, se concluye que existen factores de los cuales depende que el individuo afronte la situación; entre estos factores se encuentran

algunos que pueden ser de utilidad para el afrontamiento y otros que condicionaran el mismo. Estos factores se describen a continuación.

Determinantes del afrontamiento: recursos y condicionantes

Recursos

Lazarus y Folkman (1991) explican que aún cuando los individuos dispongan de una variedad de recursos, deben tener además la habilidad de aplicarlos, cuando surjan demandas en su entorno. De acuerdo a esto, los recursos se extraen del individuo, pero además constituyen el medio para conseguir otros. Los recursos preceden el afrontamiento, lo influyen y a su vez modifican el estrés del individuo. Para el estudio de los recursos y condicionantes, los citados autores identifican las categorías principales.

Recursos propios del individuo

1-Salud y energía: Es evidente que el contar con un buen estado físico favorecerá la resistencia y el afrontamiento ante situaciones estresantes. Aunque existen situaciones que son muy importantes para los individuos y aún cuando se encuentran enfermos son capaces de afrontarlas.

Existen al respecto, investigaciones como las realizadas por Bulman y Wortman, (1977); Dimsdale, (1974); Hamburg y Adams, (1967); Hamburg et al, (1953); Visotsky (1961) (citados por Lazarus y Folkman, 1991) que sugieren que los individuos a pesar de tener una escasa salud física y agotamiento de la energía, son capaces de afrontar las situaciones de una manera eficaz. En otra investigación se examinaron los efectos de las estrategias de afrontamiento sobre la adaptación de las mujeres, a su diagnóstico de cáncer de mama, los aspectos que se evaluaron estaban relacionados con las estrategias de afrontamiento, los niveles de esperanza, el logro de objetivos, la angustia y el miedo de repetición del cáncer; resultando de esta evaluación que las pacientes que afrontaron activamente su diagnóstico reportaron una adaptación más positiva en el transcurso del tiempo; en contraste con las pacientes que usaron el estilo de afrontamiento orientado a la negación del padecimiento, las cuales mostraron más miedo a la recurrencia y una mal adaptación al padecimiento (Stanton, Danoff-Burg, Huggins., 2002).

2- Creencias positivas: Son recursos psicológicos de afrontamiento que crean esperanza, y ayudan a afrontar incluso las situaciones más adversas. En conexión con esto existen algunas investigaciones como la de Gall y Comblat, (2002) que analizaron los factores espirituales que sirvieron en el ajuste a largo plazo en las sobrevivientes de cáncer de mama. Estas mujeres describieron, como los factores religiosos y espirituales, jugaron un papel muy importante en la aceptación y afrontamiento a la enfermedad, la mayoría de las mujeres habló del papel positivo de su relación con Dios, de actividades de afrontamiento como el rezo y del apoyo social, mismas que influyeron de manera positiva en su adaptación a la experiencia del cáncer. Por su parte Ramírez-Johnson, Fayard, Garberoglio,

Ramírez, (2002) mencionan que las mujeres con cáncer de mama entienden la fe como una cimentación que les ayuda a afrontar su padecimiento, lo que confirma la opinión histórica de Tomás de Aquino sobre el papel de la fe religiosa en las emociones.

3- **Técnicas para resolver problemas:** Se manifiestan a través de acciones específicas y son las habilidades que sirven para analizar situaciones, examinar posibles alternativas y elegir el plan de acción adecuado.

4- **Habilidades sociales:** Se refieren a la capacidad de actuar y comunicarse en forma socialmente adecuada y efectiva. Estas habilidades ayudan a resolver los problemas en cooperación y coordinación con otras personas.

Recursos medioambientales

1- **El apoyo social:** Consiste en que el individuo recibe apoyo emocional e informativo, lo cual le ayuda a afrontar la situación estresante. Por ejemplo, en un estudio se examinó la relación de apoyo social y el estilo de afrontamiento para adaptarse al cáncer de mama. Los resultados de este estudio mostraron que las mujeres con apoyo social y con estrategias de afrontamiento activas (enfocadas al problema), estuvieron asociadas con una adaptación positiva a la enfermedad; y aquellas mujeres que mostraron afrontamiento de evitación (enfocado a la emoción), se relacionaron a malestar psicológico y nulos comportamientos de salud positivos (Holland y Holahan, 2003).

2- **Recursos materiales:** Hacen referencia a los bienes y servicios, puesto que estos aumentan las opciones de afrontamiento, al reducir la vulnerabilidad del individuo ante la situación que está generando estrés, ya que ponen al alcance de las personas servicios legales, médicos y financieros, entre otros.

Por lo que se ha descrito, es claro que existe una relación entre recursos y afrontamiento. Sin embargo, aún cuando los recursos de que dispone el individuo sean adecuados, estos no son aprovechados al máximo, porque existen factores que limitan la utilización de los mismos, es decir, son factores coaccionantes, que pueden ser personales y ambientales.

Condicionantes o factores de coacción

Condicionantes personales: Se refieren a ciertas formas de acción y sentimientos del individuo, los que son resultado de valores, creencias y normas culturales, que el individuo adopta durante su desarrollo. Los valores y creencias culturales actúan como normas, las que determinan, cuando ciertos sentimientos o conductas son apropiados o no. Klass (1981) (citado por Lazarus y Folkman, 1991) llevó a cabo una investigación con mujeres, las cuales experimentaban un gran sentimiento de culpa, vinculado a las conductas asertivas, resultando ser

menos asertivas en contextos sociales donde no se sentían culpables. En este estudio la medida de la culpa sugiere la existencia de un factor coaccionante derivado probablemente de los procesos de socialización.

Condicionantes ambientales: Estos condicionantes existen tanto en el individuo como en el ambiente y son todos aquellos factores coactivos, que inhiben el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas; no obstante estos factores pueden también actuar como facilitadores, ejemplos de estos son los recursos materiales y el apoyo social. La no-disponibilidad de estos recursos es una limitante para el afrontamiento, porque incluso conociendo los individuos opciones para afrontar nuevas situaciones estresantes, el entorno influye anulando sus estrategias (Lazarus y Folkman, 1991).

Grado de amenaza

Por último existe otro factor que también influye en el afrontamiento, y es lo que Lazarus y Folkman (1991) denominan grado de amenaza, es el que se experimenta ante una situación estresante. Este grado de amenaza depende de las evaluaciones cognoscitivas que se tengan del estímulo, de los recursos y de las condicionantes del afrontamiento. Por ejemplo Dill (1980) (citado por Lazarus y Folkman, 1991) llevó a cabo un estudio con madres trabajadoras de nivel socio-económico bajo, que se encuentran en situación de conflicto como enfermedad y/o discapacidad de los hijos y que tienen problemas para afrontar de una manera adecuada, porque aún cuando estas mujeres conozcan opciones para llevar a cabo un afrontamiento activo como sería el llevar a sus hijos a una institución u hospital público para su atención, son estas instituciones las que se vuelven insensibles ante sus esfuerzos de afrontamiento, provocando en algunos casos que ellas evalúen la respuesta del medio, como reflejo de su incompetencia. Estas investigaciones concluyen que el entorno influye en la frecuencia y naturaleza de las amenazas que se presentan al individuo y también en el tipo de opciones para hacer frente a las situaciones estresantes.

El valor de este estudio, es que considera a los factores coactivos, como inhibidores de las estrategias de afrontamiento.

A mayor amenaza más primitivas las conductas de afrontamiento que se enfocan a la emoción, así como las conductas de afrontamiento que se dirigen al problema se ven reducidas, cuando la amenaza es mayor. Por ejemplo Wheaton (1959) (citado por Lazarus y Folkman, 1991) llevó a cabo un estudio sobre los efectos que tendría, añadir a la experiencia de aislamiento amenazas como hambre, sed, enfermedad o trastornos físicos; encontrando que en estas situaciones, aparecían con mayor frecuencia síntomas patológicos extremos y "regresión a un tipo de labilidad emocional y a un modo de conducta parecido al de la infancia" (p.190)

Wheaton (op. cit) también señala, que el carecer de estrategias de afrontamiento viables, provoca actividad primitiva de defensa.

Otro factor que debe tomarse en cuenta al estudiar el afrontamiento, es la edad del individuo. Se ha aceptado desde hace tiempo que el afrontamiento tiende a variar de la infancia a la edad adulta.

Los cambios en el afrontamiento son evidentes en el desarrollo temprano del niño, ya que cuando este empieza a entender el mundo, principia también a aprender los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y al problema.

Louis (1962,1974); Murphy y Moriarty (1976) (citados por Lazarus y Folkman 1991) mencionan que los cambios se van sucediendo a partir de que el niño abandona las formas primitivas de reacción y utiliza los procesos cognitivos. No obstante también señalan que las bases biológicas que determinan la agresión, la oposición y la exploración permanecen constantes. Si bien la evolución del afrontamiento de la niñez a la edad adulta no termina.

Por su parte Lazarus y Folkman (1991) señalan que los cambios que se dan en el afrontamiento durante la vida, no son debidos a la edad. Ellos exponen que lo que cambia son las fuentes de estrés, en las diferentes etapas de la vida. Al respecto Folkman y Lazarus (1980) (citados en Lazarus y Folkman, 1991) llevaron a cabo un estudio en una muestra de individuos de raza blanca y clase media, con edades que iban de los 45 a los 64 años y no encontraron evidencia de cambios sistemáticos en lo que se refiere al afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción. Acerca de esto McCrae (1982) (citado en Lazarus y Folkman 1991) realizó un estudio, utilizando el cuestionario de estilos de afrontamiento de los autores antes citados. En este estudio la muestra estuvo compuesta por individuos de situación económica estable, los que tenían un buen estado de salud física y mental. Los resultados de esta investigación indican que las formas de afrontar de las personas mayores, son semejantes a la de los individuos jóvenes. Aunque emplearon mecanismos distintos, lo que parece deberse primordialmente a los diferentes tipos de estrés con los que se enfrentaron.

Con relación a la investigación anterior Lazarus y Folkman (1991) comentan que la muestra examinada se conformó de personas económicamente bien situadas y con buen estado de salud mental y física y que por lo tanto puede ser posible que las personas que no se encuentran en buen estado de salud física y mental y además carecen de medios económicos, afronten las situaciones de formas distintas forzadas por la carencia de dichos recursos, por lo tanto no despliegan una estrategia de afrontamiento activa dirigida a resolver su problema; antes bien lo aceptan de forma pasiva.

Por otra parte los cambios en las creencias y en los compromisos que influyen en el afrontamiento, varían en los sujetos cuando hay pérdida de roles sociales y de recursos físicos; por lo mismo van variando a lo largo de la vida adulta por la adquisición que se va teniendo durante el desarrollo de diferentes roles.

Asimismo cuando los individuos se enfrentan con condiciones ambientales precarias y sus recursos físicos y mentales se encuentran disminuidos muestran regresiones a los períodos más dependientes y desvalidos de la infancia (Lazarus y Folkman 1991).

Se debe señalar también con relación a lo anteriormente expuesto, que la evaluación y el afrontamiento cumplen la función principal de influir en la adaptación; y aunque todas las reacciones son adaptativas, el nivel de energía que implica la respuesta varía en función de la situación y de la interpretación que el individuo hace de esta.

Por eso para que el afrontamiento se considere eficaz debe existir una correcta adaptación entre las demandas, los recursos y las coacciones; así como también entre las evaluaciones y los esfuerzos de afrontamiento; estos factores que deben ser congruentes con el curso real de los acontecimientos, al interactuar permiten el cese del esfuerzo dirigido a disminuir el estrés y a cambio se obtiene un estado afectivo positivo (Lazarus y Folkman, 1991).

Se ha estudiado hasta aquí el afrontamiento como proceso, en una situación determinada a corto plazo. No obstante Lazarus y Folkman (op. cit) señalan que para el estudio o evaluación del afrontamiento, se debe poner especial atención en el contexto y en el proceso de microanálisis, para poder entender realmente el proceso dinámico, puesto que los actos y los acontecimientos cambian de acuerdo con las demandas de la situación en determinados momentos. De tal manera que para entender el afrontamiento a largo plazo o el estilo general de afrontar del individuo, se deben considerar dos dimensiones la complejidad y la flexibilidad: "La complejidad se refiere al grado en que las estrategias de afrontamiento se repiten en distintas situaciones estresantes" (p.197); y "La flexibilidad se refiere al grado en que el individuo utiliza o cambia la misma estrategia o conjunto de ellas en situaciones distintas". (p. 197). Estas dos dimensiones van a permitir examinar los afrontamientos que aparecen en diferentes situaciones.

Algunos autores citados por Lazarus y Folkman (1991) por ejemplo, Murphy y Moriarty (1976) mencionan que la flexibilidad se asocia con adaptabilidad; Janis y Mann (1977) dicen que la flexibilidad viene asociada a la toma de decisiones de alta calidad; Loevinger (1976) señala que la flexibilidad se asocia con altos niveles de desarrollo del Yo. En conexión a esto un estudio realizado en pacientes con enfermedad crónica (cáncer de mama, úlceras crónicas de pierna y alopecia) reveló que la adaptación insegura a la enfermedad, estaba relacionada con estilos de afrontamiento menos flexibles. Por otra parte, examinando las formas de control y el deseo de control al ajuste psicosocial en las mujeres con cáncer de mama; se encontró que el empleo equilibrado del afrontamiento flexible y activo conducen al óptimo ajuste psicosocial, así como a una mejor calidad de vida. (Astin, Anton-Culver, Schwartz, Shapiro, McQuade, Breuer, Taylor, Lee y Kurosaki, 1999).

Por otro lado Menninger (1963) y Shapiro (1965) (citados por Lazarus y Folkman, 1991) indican que la rigidez va asociada con bajos niveles de funcionamiento del Yo y cuando los casos son extremos con patología.

Es importante señalar que debe tenerse presente también el significado que el individuo le otorga a las situaciones estresantes, el cual hará coherente el uso de las estrategias que despliega y las funciones a las que estas van encaminadas.

Teniendo en consideración todos los aspectos anteriores, se describirá a continuación la relación entre el afrontamiento y la enfermedad.

Afrontamiento y enfermedad

Lazarus y Folkman (1991) comentan que en la actualidad se intenta encontrar la relación que existe entre los factores emocionales, con la salud física; particularmente la relación entre enfermedad, estrés y afrontamiento.

Se acepta que el estrés, la emoción y el afrontamiento son factores causales de enfermedad. Al respecto estos autores refieren que existen dos conceptualizaciones que tratan de explicar esta relación, son la Teoría de la Generalización y la Teoría de la Especificidad.

La Teoría de la generalización: expone que toda demanda es capaz de producir una movilización fisiológica, la que provocará un aumento en la susceptibilidad general a la enfermedad. Esta propuesta se ve apoyada por el concepto de Síndrome General de Adaptación, planteado por Selye (1956, 1976) (citado por Lazarus y Folkman, 1991).

En esta propuesta se defiende que ante cualquier tipo de demanda del entorno, se provoca una respuesta específica del organismo, ya que cuando este síndrome se presenta se activa la secreción hormonal; estas hormonas provocan efectos sobre los tejidos y células del cuerpo, lo que aumenta la susceptibilidad provocando que el organismo se debilite, propiciando que se aumente el riesgo de padecer enfermedades; las cuales pueden provocar que la persona sucumba, si no se facilita una tregua para que las células se reestablezcan. Esta teoría sin embargo se olvida de los procesos psicofisiológicos característicos de cada enfermedad.

En la *Teoría de la especificidad*, sus defensores afirman que deben tomarse en cuenta los factores que se relacionan con la aparición de la enfermedad como las variables sociales, psicológicas y fisiológicas. Esta teoría considera que el entorno ejerce influencia en la aparición de la enfermedad, de forma decisiva.

Otras aproximaciones de la teoría, exponen que no son únicamente las variables ambientales las que propician la enfermedad, se suman a estas otros factores que interactúan entre sí como son los estados emocionales y los procesos de afrontamiento, que son diferentes para cada persona determinada, en un entorno específico. Esta aproximación va de acuerdo con la Teoría Original de la Especificidad, la que explica que emociones específicas y modelos particulares de afrontamiento crean su propio riesgo particular a la enfermedad.

La Teoría de la Especificidad, es desarrollada por Engel (1968), (citado por Lazarus y Folkman) en esta se argumenta que muchas enfermedades se deben a pérdidas personales, las cuales se dan en sujetos con predisposición psicológica a depender de los demás. Estos individuos viven la pérdida como una amenaza a su seguridad sintiéndose desesperanzados, desvalidos y abandonados. Lo que provoca que no luchan por adaptarse a las circunstancias de su vida. Al respecto Hess, (1995) expone el caso de una mujer que fue vista en psicoterapia, la cual

había desarrollado cáncer de mama, después de que su padre muriera a causa del cáncer y su madre a causa de un desorden psiquiátrico, la mujer se sentía destruida y abandonada, quedando solo aislamiento y desesperación. Ella tenía sueños persecutorios que precedieron su enfermedad, los mismos que cesaron sobre el tiempo de su diagnóstico, el cáncer representó para esta mujer una defensa contra la culpa y la depresión. La enfermedad fue adoptada antes que la pena y el desequilibrio mental.

Al respecto de esto Lazarus y Folkman (1991) comentan, que la situación crítica no es la pérdida, es la forma como estos sujetos la evalúan como amenazante hacia ellos y la forma de afrontarla.

En correspondencia a lo anterior Depue, Monroe y Schachman (1989) (citados por Lazarus y Folkman, 1991) mencionan que la evaluación, es un proceso cognoscitivo que va a permitir tener en cuenta los factores psicológicos y sociales de la enfermedad, sin que por esto se dejen de lado los modelos de vulnerabilidad psicológica de los individuos. De tal manera que los acontecimientos pueden ser evaluados por las personas como estresantes o no, en función de la tendencia que estas tengan para evaluar los acontecimientos de su vida como amenazadores.

Para los citados autores la especificidad radica en los factores personales que conducen al proceso de evaluación cognoscitiva. "El proceso de evaluación proporciona la vía final común a través de la que distintos individuos y variables psicosociales modifican el impacto del entorno social" (p. 232).

Aplicado a la enfermedad, el proceso de evaluación, viene a ser el factor unificador de todas las variables, el mismo que va a modificar la intensidad y duración de la respuesta psicológica ante la amenaza. Por esto la evaluación se debe considerar siempre en relación con la amenaza psicológica, ya que es esta la que determina la reacción emocional y sus consecuencias biológicas, considerándolas como las mediadoras principales del entorno psicosocial (Lazarus y Folkman, 1991).

Esto quiere decir que dichos autores consideran a las emociones como las principales mediadoras de la enfermedad somática. Ellos afirman también que las evaluaciones llevan a ciertos modelos de afrontamiento, los que a su vez pueden tener relación con determinadas enfermedades.

Al respecto del papel que juegan las emociones con la enfermedad Anderson (1988) (citado por Pastrana, 1998) menciona tres conexiones entre estrés enfermedad.

1) *El estrés como causa de enfermedad*, el cual se manifiesta por medio de tres vías:

A) Cuando el estrés psicológico se mantiene en niveles crónicos provocando la sobreexcitación de los sistemas hormonales principalmente, lo que induce a los sistemas fisiológicos a fallar. Ejemplo de esto es el cáncer y la hipertensión.

B) La segunda vía, explica que frente a estresores crónicos y en ausencia de conductas de afrontamiento adaptativas, el individuo se ve influenciado por el grado de estrés a hacer uso de conductas que afectan la salud, como usar drogas, alcohol, tabaco, etc.

C) La última vía refiere que la enfermedad es el resultado de estrés elevado. Aquí la persona no presenta problemas orgánicos, sin embargo refiere tener problemas físicos, los que son resultado de la forma como maneja sus emociones y su ambiente; los desórdenes que se presentan son generalmente reacciones hipocondríacas, somatizaciones, etc.

2) La enfermedad como causa de estrés

Esto sucede cuando las demandas que requiere la enfermedad para ajustarse a ella, exceden los recursos percibidos por las personas para responder a tales demandas, de tal manera que los niveles de estrés se elevan. Las reacciones estresantes generan ansiedad, miedo, enojo y *depresión* y a su vez estos síntomas afectan a la enfermedad de forma adversa, puesto que complican el curso de la misma amenazando la recuperación, el ajuste y la rehabilitación. Por ejemplo Sachs, Rasoul-Rockenschaub, Aschauer, Spiess, (1995) al realizar un estudio en el que trataban de averiguar la influencia de los factores somáticos y psicológicos sobre la actividad de la célula asesina lymphokine-activada (LAK) y la actividad de la célula asesina normal (NK), en pacientes con cáncer de mama, encontraron que la actividad de la célula LAK se reducía en pacientes con síntomas depresivos verdaderos y con elevado estado de ansiedad. Por otra parte el efecto lítico de la actividad celular normal NK, no varió en pacientes deprimidos y no deprimidos.

3) Reducción de los niveles de estrés

Cuando el estrés reduce sus niveles, se reduce también la enfermedad y los riesgos de recurrencia. Si el estrés se encuentra en un nivel bajo provocará también niveles bajos de activación emocional y de movilización psicológica, lo que se asocia con una buena adherencia al tratamiento médico.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1991) es aceptado hoy en día que la enfermedad somática es causada por distintos factores causales, entre los que debe existir desde luego, la relación organismo-ambiente y factores como el estrés, las emociones y el afrontamiento.

Estos autores señalan que las estrategias de afrontamiento pueden afectar la salud de forma negativa, a través de las siguientes vías:

- 1) La frecuencia, la intensidad, la duración y la forma de reacción neuroquímica al estrés, se ven influenciadas de forma directa por el afrontamiento cuando
 - a) El afrontamiento dirigido al problema no es suficiente, ya sea por limitaciones en el entorno o déficit en las estrategias de afrontamiento.
 - b) Insuficiencia del afrontamiento enfocado a la emoción; esto quiere decir que se deja de regular la alteración emocional, aumentando la intensidad de esta.
 - c) Los propios estilos de vida, de valores y de afrontamiento son perjudiciales en sí mismos y provocan reacciones neuroquímicas al estrés. Por ejemplo el patrón A de conducta

d) Riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad, esto sucede cuando los individuos usan y abusan de las sustancias que son nocivas para su salud, como alcohol, drogas, tabaco y actividades peligrosas, con las cuales reducen el estrés y que sin embargo son un riesgo para su vida. Estas personas no utilizan estrategias adaptativas de afrontamiento. Por ejemplo personas con enfermedad coronaria, las cuales pueden agravar el proceso de su enfermedad con la ingesta de cigarrillos y que no obstante se valen de ello para reducir el estrés.

3) Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad. Esto quiere decir que el afrontamiento enfocado a la emoción interfiere o impide la actuación del afrontamiento que va dirigido al problema. Para ilustrar esto se toma la investigación de Zhao, Wu, He, Zhu, Fan, Zou, Si, Lian y Hongying (2001) que compararon un grupo de pacientes de cáncer de mama, con un grupo de pacientes sin cáncer, para estudiar la depresión, la ansiedad y los estilos de afrontamiento de ambos grupos; y encontraron que las puntuaciones de ansiedad y depresión eran más altas en el grupo de pacientes oncológicas y que además ellas adoptaban estilos de afrontamiento negativos y enfocados a la emoción como el auto reproche, la ilusión y la evitación, lo que no permitía una adaptación positiva a la enfermedad.

De acuerdo a lo descrito anteriormente y a manera de síntesis, los recursos y los determinantes personales, ambientales y situacionales, así como el afrontamiento influyen en la enfermedad modificando la recuperación, el ajuste o la rehabilitación. Por lo tanto, si los individuos cuentan con recursos limitados, las crisis que tengan que enfrentar provocarán mayores repercusiones tanto en el ámbito físico como psicológico.

Se ha mencionado también que los individuos pueden evaluar las diferentes situaciones que viven como amenazantes o no, de acuerdo a su tendencia a percibir las situaciones como dañinas para su bienestar. Al respecto de esto, Lipowski (1970,1971) (citado por Pastrana en 1988) refiere que el afrontamiento se relaciona directamente con las actitudes y los significados que la enfermedad tenga para el individuo, a su vez estos significados determinan las respuestas emocionales y motivacionales de las personas ante la enfermedad. Siguiendo en esta línea Kiely, (1972) (citado por García y Martínez, 2000) expone que la interpretación personal que el paciente hace de su enfermedad, viene determinada por los recursos y limitantes del afrontamiento, y también por las consecuencias que esta tenga sobre sí mismo, su familia, actividades, metas, etc. Esta interpretación condiciona las respuestas emocionales, las cuales reflejan la amenaza que el individuo experimenta, de acuerdo con su personalidad e historia vital. Estas repuestas emocionales incluyen entre otras ansiedad, enojo, resentimiento, vergüenza, negación, miedo, indefensión, deseo de aceptación, desesperanza y depresión. Esta última será el tema a tratar a continuación.

En relación con esto se examinó la ansiedad, la ira y la depresión en mujeres con cáncer de mama, encontrando que estas pacientes tienen niveles bajos de

ansiedad y de ira; así como elevados niveles de depresión; lo que lleva a evidenciar que muchos pacientes con cáncer muestran un estilo de afrontamiento represivo, el cual se caracteriza por bajos niveles de ansiedad y elevados niveles de aceptabilidad social (Sírigo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel, Pérez-Manga, 2001)

CAPITULO 3

DEPRESIÓN

Los trastornos afectivos tienen en común una alteración del estado de ánimo, la cual conlleva problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales.

El estado de ánimo se refiere a los estados emocionales que colorean toda la personalidad y la vida psíquica; el estado de ánimo puede estar normal, elevado o deprimido (Kaplan y Sadock, 1987).

Es así como algunos acontecimientos de la vida pueden alterar el estado anímico, entre estos sucesos se encuentran las enfermedades crónicas como el cáncer; de tal manera que el significado que el individuo atribuye a la enfermedad, determina las respuestas emocionales de éste.

Cuando a una persona se le diagnostica cáncer, ésta desconoce el alcance de su enfermedad, y como consecuencia se manifiesta una serie de crisis emocionales, las mismas que se agudizan debido a todos los factores que se vinculan a este temido padecimiento. Se incluyen entre éstos factores los significados que el individuo le confiere al padecimiento; así como los diferentes significados que la sociedad le atribuye, los cuales vienen rodeados de diversos temores, entre los que destacan la falta de control ante la enfermedad y la muerte (Asato, 1990).

De acuerdo a Klüber Ross (1988) entre los fenómenos psicológicos que se presentan en el individuo al que se le ha diagnosticado enfermedad terminal se identifican cinco periodos o estadios:

Negación: El paciente se encuentra desconcertado ante la noticia, la cual le genera angustia y para controlarla, niega su realidad y evita todo suceso que se relacione con la enfermedad.

Ira: Este estadio se caracteriza por sentimientos de rabia y envidia, de las personas sanas de su entorno.

Negociación: En esta etapa el paciente empieza a aceptar su realidad.

Depresión: La aceptación de la realidad le provoca la necesidad de llorar y lamentarse por la pérdida de la salud y la vida.

Aceptación: El paciente ha llegado al fondo de su ira y ansiedad con respecto a la muerte y entonces procede a resolver sus asuntos pendientes, lo que le provoca un sentimiento de paz con sí mismo y con el mundo.

Dentro de esta variedad de reacciones el presente capítulo se ocupará de describir el Síndrome Depresivo.

Reseña histórica

Calderón, (1979) dice que el cuadro patológico que caracteriza a la depresión fue descrito desde la época grecorromana, con el nombre de Melancolía; aún cuando el uso del término depresión se remonta a principios del siglo pasado. Menciona que Hipócrates argumentaba que algunos problemas a los que ahora se denominan psiquiátricos, eran producidos por la interacción de los cuatro humores corporales: Sangre o colé, bilis amarilla, bilis negra o atrabilis y flema. Arieti, (1993) afirmando lo anteriormente señalado dice que Hipócrates expresaba que esta enfermedad era resultado de un exceso de bilis negra o atrabilis, que se acumulaba en el cerebro.

Hipócrates clasifica tres formas de locura: la melancolía, la frenitis y la manía. Desde su perspectiva la melancolía se caracteriza por cansancio, somnolencia, aversión por la comida e irritabilidad. Esta descripción se inclina preferentemente por los síntomas somáticos (Polaino, 1985).

En el siglo II de nuestra era, Galeno sostenía la teoría de que la enfermedad mental se basaba en los humores del cuerpo, teoría que se mantuvo hasta la edad media (Arieti, 1993). Galeno describe la melancolía como una alteración crónica, en la cual los pacientes presentan las siguientes características: Son temerosos, misántropos (se apartan del trato con la gente), suspicaces y cansados de la vida. Polaino, (Op. cit).

Arieti (1993) explica que Areteo de Cappadocia describió la depresión con un cuadro muy completo. Él afirmaba que los factores psicológicos, eran los causantes de la depresión y que ninguna relación existía entre esta enfermedad y los humores corporales. Además Areteo fue el primero en asociar la manía y la depresión, considerándolas como componentes de una misma enfermedad. Observó también que la depresión era una enfermedad recurrente, que aunque se acompañaba de períodos de remisión y recuperación, estos no aseguraban el reestablecimiento en su totalidad.

Polaino, L. (1985) menciona a Caelius Aurelianus, el que en el siglo V enumeró los síntomas que anteceden a la aparición de la melancolía, que consisten en ansiedad, silencio, hostilidad y rechazo hacia los familiares, acompañado en ocasiones de deseos de morir; así como también llantos y quejas sin motivo y suspicacia.

En el período medieval se cambia el término de melancolía por el de acedia, dicho término fue usado por más de diez siglos, aunque su significado en este lapso de tiempo no fue constante. En este período se distinguen dos etapas: En la primera el término se configuró como un vicio capital; en la segunda etapa (a partir del siglo XII), la acedia se caracteriza como un desorden de la vida emocional que esta en función de los apetitos, en el marco de las pasiones, que es producto de

demonios o influencias astrales. Posteriormente influenciada por la tradición aristotélica la acedia se describe como el resultado de los desequilibrios humorales; aunque también en esta etapa este término se utilizó para designar un cierto tipo de melancolía, donde la pereza y la holgazanería eran sus principales contenidos.

Tiempo después el término se usó para designar lasitud, desaliento y descuido factores que se asociaban a la tristeza y a la desesperanza.

Entre los siglos XIV y XV se abandona el término acedia y se introduce nuevamente la utilización de la palabra melancolía, para describir estados de pena, desesperación y desaliento.

Arieti, S, (1993) expone que en el renacimiento resurge el interés por estudiar la depresión, dando un enfoque nuevo acerca de sus causas. Explica que en Inglaterra diversos autores exponen sus trabajos sobre este tema y cita por ejemplo a Walkington que se ocupó de la constitución melancólica, manifestando que ésta era resultante de los humores y de la influencia de los planetas; Burton (1621) escribió una obra denominada *Anatomy of Melancholy*, en la cual aparecía una reflexión sobre la vida y un estudio de la depresión, que sin embargo, no estaba sustentado por ninguna hipótesis acerca de las causas y el tratamiento de este padecimiento. No obstante, existe una definición de melancolía propuesta por este autor, citada en Ledesma y Melero, (1999) la melancolía dicen es para él "una especie de alteración sin fiebre, que tiene como componentes ordinarios el miedo y la tristeza sin ninguna causa aparente" (p. 99).

Arieti, S. (1993) menciona que en esta época algunos médicos de Europa redescubrieron que la manía y la melancolía podían alternar en el mismo sujeto; entre estos cita a Bonet en (1684); Schact (1747) y Herschel (1768).

Poco después con la revolución científica, se pensó que las enfermedades mentales no eran causadas por los astros o por posesión demoníaca, se consideró que los factores causales de esta enfermedad eran los agentes fisiológicos. En 1801 Pinel describe cuatro tipos de locura en las que incluye la manía, la melancolía, la demencia y la idiocia; además relaciona la melancolía con una alteración del funcionamiento intelectual (Ledesma y Melero, 1989).

En 1851 Falret (en Arieti, 1993) hizo una distinción entre melancolía ordinaria y melancolía episódica, introduciendo el término "Folie Circulaire", para denominar esta última. Habla además de un posible carácter familiar en la depresión recurrente y agrega que la incidencia es mayor en mujeres. En este período la situación era confusa en cuanto a las diferentes formulaciones que para la depresión proporcionaban los Psiquiatras. Arieti, (op.cit.) comenta que en 1899 Kraepelin estableció un sistema nosológico, basado en el modelo médico, en él exponía que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica (aún cuando esta no fuera identificada), un curso definido y un desenlace que podía predecirse. Con este sistema él trataba de organizar el caos que existía.

En su sistema nosológico Kraepelin consolidó tres categorías: Demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco depresiva. Él basaba su clasificación tanto en la semejanza de los síntomas como en el desenlace de la enfermedad.

En la categoría de Psicosis maniaco depresivas incluía: La manía simple, la melancolía, las psicosis intermitentes y algunos desórdenes leves del carácter.

En la forma general distinguía cuatro subgrupos:

- 1) Estados depresivos
- 2) Estados maníacos
- 3) Estados mixtos
- 4) Desórdenes del carácter que se presentaban antes o en lugar de los estados maniaco-depresivos.

Continuando en la línea de Arieti (1993), él comenta que a pesar de que a Kraepelin se le ha considerado como el modelo de hombre de ciencia objetivo, tuvo también sus críticos; entre ellos Adolfo Meyer, quien en un principio aceptó el sistema de Kraepelin, pero posteriormente lo dejó por considerar que este sistema dependía demasiado del desenlace. Meyer comenzó a tratar los desórdenes psiquiátricos tomando en cuenta las circunstancias existenciales, más que los factores orgánicos. Ulteriormente en 1904, Meyer se opuso al término melancolía por pensar que este se utilizaba por caracterizar un estado vago y sugirió denominar depresión a dicho desorden, por lo menos hasta que se tuvieran evidencias de que la melancolía tenía una base orgánica.

Como se pudo observar Meyer tenía tendencia a que se tomaran en cuenta las circunstancias existenciales y no solo las causas o enfermedad física. Probablemente esto se debía a la influencia del Psicoanálisis, que trataba de ir más allá de las manifestaciones superficiales y explicar la patología en función de síntomas de origen psicológico, los cuales tienen un significado.

Polaino, E. (1985) citando a Freud señala que éste define la melancolía como " Un estado anímico profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, esta última se traduce en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo y suicidio" (Polaino 1985, p.29).

Hasta el momento se ha descrito la evolución de los diferentes conceptos que se han aplicado al síndrome depresivo, en las diferentes culturas y a lo largo de las etapas históricas de la humanidad.

A continuación se describirá la depresión desde sus diferentes perspectivas teóricas.

Enfoque psicoanalítico de la depresión

En el apartado anterior se ha referido que la depresión se explicaba sobre la base de los modelos psiquiátricos que predominaban en ese tiempo, los cuales la explicaban de acuerdo a las manifestaciones patológicas externas.

Sin embargo, a diferencia de estos modelos el psicoanálisis enfatizaba que la enfermedad mental se debía a un desorden con síntomas de origen psicológico, que tenían un significado y no solo a las manifestaciones patológicas externas (Arieti, 1993). Estos síntomas de origen psicológico se generaban debido a una experiencia traumática y mecanismos defensivos, como la negación y represión del contenido doloroso o de la pérdida acontecida, provocaban que estas experiencias traumáticas, al adquirir significado quedaran registradas en la memoria a nivel inconsciente (Hidalgo, 1990).

Partiendo de la Teoría Psicoanalítica de la Neurosis, los primeros investigadores de esta, consideraban a la melancolía (depresión), como "La manifestación de una regresión en un individuo predispuesto en una fase del desarrollo libidinal (fase oral), durante la cual ciertas experiencias de abandono o de pérdida de figuras objetales, produjeron una profunda fijación, debido a una sobre frustración traumática y una intensa sensación de odio desamparo y tristeza, que tuvieron que ser negadas y reprimidas a manera de defensa por el entonces neonato" (Hidalgo 1990, p.21). De acuerdo a lo anterior, el niño adquiere una predisposición psicológica, la que va a provocar que reaccione en su vida adulta de "forma melancólica" ante nuevas situaciones de pérdida o de amenaza.

En la obra de Freud, S. "Duelo y Melancolía" publicada en 1917 manifiesta por primera vez su inquietud acerca de la melancolía (depresión). Freud considera que la depresión tiene su origen durante el desarrollo libidinal, específicamente en la etapa oral, en esta etapa el estado de identificación del Yo del bebé escoge un objeto (madre), e intenta incorporarlo a sí mismo, devorándolo de acuerdo a la fase oral; cuando por diversas circunstancias las necesidades libidinales del bebé no son satisfechas por el objeto, se provoca en el niño una fuerte reacción de angustia, frustración y desamparo, tendiendo a negar sus impulsos debido a la ausencia objetal (Hidalgo, 1998). Cuando la relación objetal se rompe la carga libidinal es retirada, pero esa libido liberada no pasa a otro objeto, sino que se retrae hacia el Yo, estableciendo de esta manera una vinculación de tipo narcisista; entonces se produce una identificación entre un sector del Yo y el objeto abandonado. Es en esta identificación donde la libido queda absorbida (Arieti, 1993).

Continuando en la línea de este autor, él explica que Freud en su obra Duelo y Melancolía, hace una comparación entre estos estados, señalando que en los dos existe una dolorosa sensación de abatimiento, debido a una pérdida, se pierde también el interés en el mundo externo, así como la capacidad de amar y existe además inhibición de la actividad. Agrega que solo en la melancolía se presenta disminución de la autoestima, lo que trae como resultado auto reproches y expectativas de castigo.

Freud considera que en el melancólico la pérdida es interna e inconsciente y que la autoestima sugiere un empobrecimiento interno, en el estado melancólico el Yo

se vuelve pobre y vacío. Por otra parte, en el duelo lo que se vuelve pobre y vacío es el mundo.

Freud explica la sensación de pérdida interna de la depresión, argumentando que la clave está en lo inapropiado de los auto reproches, que generalmente tienen contenido moral, son injustificados y se expresan de forma pública sin sentir vergüenza; esto se debe a que en el individuo melancólico surge una escisión del Yo, oponiéndose una sección yoica a la otra, que lo enjuicia y lo ve como algo externo. (En este momento la parte enjuiciadora se denomina conciencia, posteriormente se transformará en el súper yo, una vez que el individuo haya interiorizado valores, normas, creencias, que son las que van a enjuiciar su conducta). Añade que los auto reproches son en realidad reproches dirigidos al objeto amado y que se han desviado al paciente. Esto trae como consecuencia que la forma internalizada del objeto perdido, reciba los sentimientos ambivalentes del individuo y sean el centro del desdén y del odio que habrían sido dirigidos al objeto; esta es la condición que predispone a la melancolía. Por lo tanto cuando hay pérdidas posteriores estas reactivan la pérdida original y entonces el paciente descarga su furia contra el objeto de decepción original, que como se ha mencionado arriba está fusionado con una parte de su Yo.

En casos extremos y en su afán de destruir totalmente la imagen internalizada del objeto, el paciente lleva el sadismo al máximo, pudiendo llegar al suicidio. Aunque para la mayoría de los melancólicos, los autoreproches que en realidad están dirigidos a la imagen internalizada son suficientes para obtener gratificación. De esta manera cuando el enojo disminuye y la imagen objetal pierde valor, la enfermedad pasa, hasta que el individuo experimente una nueva pérdida, la cual reinicia el proceso.

En algunos pacientes la libido que era dirigida a la imagen objetal interna se libera, entonces esta energía excedente se manifiesta a través de un comportamiento maniaco. Como puede observarse, en la melancolía el Yo es derrotado por la instancia censurante y es víctima de su ira, en la manía al contrario, el Yo ha dominado su enojo internalizado, recuperándose de la pérdida del objeto y arrojando el problema hacia fuera.

En síntesis existen según Freud tres factores condicionantes para la melancolía:

- 1) Pérdida del objeto
- 2) Un alto grado de ambivalencia
- 3) Una regresión libidinal en el Yo (este último aspecto es exclusivo de la melancolía, aunque los tres factores son necesarios)

Arieti (1993) comenta que posteriormente en 1921, en su libro Psicología de las masas y análisis del Yo, Freud resumió sus formulaciones sobre la melancolía:

- 1) Examina las relaciones que existen entre el Yo y el ideal del yo (súper yo) y con otras personas idealizadas.
- 2) Postula que la manía resulta de la fusión del Yo con el ideal de yo, por efecto de la cual el Yo se libera del ideal del yo.

- 3) En la melancolía el Yo ha quedado identificado con el objeto frustrante, de manera que está sujeto a los ataques del ideal del yo.

En 1922 en su obra *el Yo y el Ello*, Freud retoma el estudio del mecanismo de introyección o identificación con un objeto catectizado. Considera que el mecanismo de incorporación es la forma con la que el niño desarrolla su carácter específico; por lo que el mecanismo de incorporación o identificación viene a ser el principal mecanismo que lleve a la vinculación con objetos perdidos, abandonados o frustrantes. Esta internalización permite que una pérdida se anule (niegue) en el inconsciente. Freud propone ahora que la melancolía resulta de la discordancia entre súper yo y yo, en un contexto donde el súper yo manifiesta rabia contra una instancia aparentemente indefensa, el Yo.

Freud realiza una analogía entre el ideal del yo o súper yo punitivo y su postulado del instinto de muerte, corroborando en ambos casos, que si la agresión no se expresa hacia fuera, terminará por volverse contra el propio sujeto provocándole la melancolía.

En 1933 S. Freud hace una reformulación sobre la melancolía, "Tan pronto como nos habituamos a la idea del súper yo... nos enfrentamos con un cuadro clínico, que pone de relieve la severidad, incluso la crueldad, de esta función y las vicisitudes por las que pueden atravesar sus relaciones con el Yo. Me refiero al estado de melancolía" (Arieti, S. 1993, p.39)

Modelo interpersonal existencial

El Modelo Interpersonal Existencial se origina aproximadamente a mediados del siglo XX. Este modelo para explicar la depresión, parte de observaciones clínicas, investigaciones empíricas y estadísticas, las cuales se basan en un análisis de los factores sociales, comunitarios, culturales e interpersonales, los cuales influyen en la etiología, formación y deterioro de los síntomas depresivos.

Los autores de este modelo: Meyers, Hopkins, Sullivan, Fromm, Perts y Horney; consideran que las adaptaciones inadecuadas, así como las experiencias negativas repetidas que provienen del medio social, tendrán como resultado la enfermedad depresiva. Ellos suponen que el ser humano se estructura íntegramente, debido a factores culturales y experiencias interpersonales (aceptación y aprobación) y que su estructura caracterológica estará influenciada de forma determinante por la calidad de interacción que exista con los adultos significativos, capaces de brindarle seguridad.

Si bien bajo esta perspectiva, el ser humano no se mueve básicamente por los instintos, si posee de forma innata una gran cantidad de energía, una necesidad de exploración corporal, un potencial de desarrollo inherente y una aspiración de capturar en exclusiva los deseos de los adultos que ama, aún cuando estos atributos no vayan de acuerdo con las experiencias de los adultos significativos de su entorno; es entonces cuando el conflicto principal se va a establecer entre la

inclinación natural del niño a desarrollarse y la necesidad de aprobación y seguridad.

Si el niño cuenta con unos padres que debido a sus propios conflictos neuróticos, son incapaces de brindarle seguridad y estimular su desarrollo autónomo, entonces sufrirá conflictos graves como la depresión.

Este Modelo Interpersonal Existencial enfatiza el conflicto básico de la depresión: que consiste en un enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos interpersonales de la existencia: las preocupaciones esenciales.

El modelo se ha integrado gracias a las investigaciones de sus autores, los que parten de la premisa de que el individuo debe ser considerado como parte del sistema interpersonal-existencial en el que participa, si esto no sucediera así, al individuo se le consideraría como un ser gregario, apartado del mundo y los objetos, con una vida sin sentido, donde la importancia de ésta radicaría en la gratificación de las necesidades libidinales.

Ellos consideran también, que sobre la base de los sistemas como la familia o la comunidad (sistemas interpersonales), el individuo crea su rol personal, construyendo de esta forma su noción de la realidad y sus supuestos básicos de la existencia; sin embargo, cuando estos sistemas interpersonales influyen en el individuo, de forma disfuncional o negativa, es probable que éste realice creencias disfuncionales que tengan que ver con la realidad, consigo mismo y con los demás; generando entonces dificultades serias frente a los conflictos básicos de la existencia como son: el significado de la vida, la muerte, el aislamiento y la libertad. Estas creencias disfuncionales van a provocar una alteración del proceso fenomenológico, de condición profunda y generalizada, lo que va a inducir en el individuo la depresión (Hidalgo, 1998).

Modelo conductual

Este enfoque ubica sus inicios en la segunda mitad del siglo XX; y considera que la conducta anormal se puede explicar en términos de aprendizajes mal adaptados o desajustados, que el sujeto aprende de su medio ambiente. Desde sus inicios el Modelo Conductual, tiene como objetivo cambiar el comportamiento anómalo o desajustado del sujeto y las emociones, basándose en técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje.

Una de las cuestiones que ha sido de gran interés para los investigadores de este modelo, es el comportamiento depresivo. La explicación que ofrece este enfoque sobre el comportamiento depresivo es de tipo funcional y argumenta, que la conducta depresiva es la resultante de refuerzos accidentales o intencionales, en donde el condicionamiento juega el papel más importante (Hidalgo, 1998).

Siguiendo la línea de éste autor se mencionó anteriormente que el modelo se basa en la teoría del aprendizaje, por lo cual sus conceptos básicos son desadaptación y los mecanismos que en ella intervienen, como: refuerzo positivo y negativo, excitación, inhibición y generalización.

El marco teórico que sustenta a la psicoterapia conductual es el modelo psicológico, objetivista- conductista, que se fundamenta en bases fenomenistas, positivistas, pragmatistas y operacionistas; de acuerdo a esto las predicciones y explicaciones sobre la conducta se establecen sobre los conceptos psicológicos referidos al aprendizaje y la motivación, así como a los mecanismos de recepción de estímulos y de emisión de reacciones.

Bajo esta perspectiva se consideran como factores que originan y desencadenan la depresión a las condiciones del ambiente y los conflictos a los que se ve sometido el sujeto; dichos conflictos pueden presentarse en diversas situaciones conductuales, familiares, profesionales y/o personales (Rodríguez, 1971 en Ledesma y Melero, 1989).

Lewinshon (1974, citado en Ledesma y Melero, 1989) proporciona su concepto de conducta depresiva, entendida como "una reacción ante la pérdida o disminución de refuerzos positivos contingentes del individuo en su medio social". (Pág. 110)

Según esta definición los factores etiológicos de la depresión son:

- 1) Una disminución de refuerzos contingentes positivos
- 2) Un aumento de eventos no reforzadores y
- 3) Eventos que antes reforzaban y que perdieron su efecto gratificante.

Por lo tanto el que la depresión inicie, se sostenga y evolucione está en función de los programas de refuerzo (Rodríguez, 1971 en Ledesma y Melero, 1989).

Modelo cognitivo conductual

Modelo que se explica por la relevancia que concede a las características psicológicas de cada individuo, como las responsables de la generación de las anomalías del comportamiento; en él se supera el reduccionismo del modelo conductual y adopta un enfoque constructivista, tomando en cuenta la conducta cognoscitiva del sujeto. Esto quiere decir, que concibe al individuo como un ser activo, que no se limita a incorporar de forma pasiva o reactiva la estimulación del entorno, sino que la diferencia y la transforma por medio de sus procesos psicológicos.

El postulado fundamental de este planteamiento, es la importancia que le confiere a los procesos cognoscitivos o simbólicos en el surgimiento de la conducta, así como en el mantenimiento y modificación de la misma. Entendiendo por procesos cognoscitivos los referentes a las diversas funciones psíquicas como percepción, lenguaje, pensamiento, memoria, creencias, actitudes o estrategias de solución de problemas.

En este Modelo Cognitivo Conductual existe la convicción de que a través de los procesos cognoscitivos las personas desarrollan patrones afectivos, conductas adaptativas y desadaptativas. De acuerdo a esto los factores etiológicos fundamentales de las conductas desadaptadas, están en función de patrones irracionales e inadaptados de pensamiento, que se derivan de una percepción e

interpretación distorsionada del medio; así como de las exigencias que este impone al individuo.

Este enfoque dentro del ámbito psicoterapéutico y psicopatológico, pone especial énfasis en el comportamiento depresivo, entendiéndolo como depresión inducida o reactiva (Rodríguez, 1971 en Ledesma y Meleró, 1989).

Hidalgo (1998) cita a Alfred Adler y señala que éste además de ser precursor de los modelos psicodinámicos e interpersonal, es quizá también el primer investigador cognitivo de la depresión.

Adler considera que en la etiología de la depresión tiene gran influencia la manera como el individuo percibe y concibe las inadecuadas relaciones interpersonales con figuras significativas, así como las experiencias de pérdida. Para este autor los significados que el individuo le atribuye a los eventos son determinantes, en el origen de la depresión. A esta representación que el individuo se crea de los eventos la llamó "campo fenomenológico" el que incluye, además de las experiencias de pérdida y las malas relaciones con las figuras significativas, la incapacidad para relacionarse con el ambiente y una errada elaboración de cogniciones.

Uteriormente el Modelo Cognitivo Conductual, trasladó para sí los principios del condicionamiento clásico y del modelo conductual del procesamiento de la información, centrándose para el estudio de la depresión, a la que denominó "depresión fenomenológica aprendida", en los procesos de aprendizaje ambiental, en las experiencias de pérdida y en la resultante sintomatología. Cabe añadir que dicho modelo partió de las premisas fenomenológicas propuestas por Adler.

Sin embargo, finalmente el Modelo Cognitivo Conductual de la depresión, se considera a partir de las investigaciones de Seligman en 1967 y de Beck en 1970.

Modelo de incapacidad aprendida de Seligman

Arieti (1993) explica que Seligman y Maier desarrollaron el Modelo de desesperanza aprendida, a partir de experimentaciones con animales; en este caso con perros, a los que sometían a situaciones de estímulos dolorosos (shocks), imposibilitándoles además toda salida; poco después observaron que aún cuando se les facilitaba la huida, los animales ya no eludían los estímulos dolorosos. Estos autores consideran que los perros se habían dado por vencidos (se deprimían) y soportaban el dolor de los shocks resignadamente.

Posteriormente Seligman aplicó sus investigaciones a la depresión del ser humano y sugirió entonces que en el depresivo se encuentra bloqueado el manejo de las técnicas de adaptación, que el individuo normal utiliza para enfrentar situaciones dolorosas o adversas y que como resultado de esto, aprende la indefensión y la desesperanza.

Esta teoría se basa en la hipótesis siguiente "El depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de

actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de personalidad" (Arieti, 1993, p. 62).

Para Seligman " el depresivo presenta el típico antecedente de haber fracasado en el control de las respuestas ambientales". (Arieti, 1993, p. 62).

Si el individuo cree que no tiene control sobre las respuestas de los otros, es en aquel momento que surge la depresión, asumiéndose indefenso para tratar de modificar su situación negativa. Esta situación lo lleva entonces a un estado de pasividad, desesperanza y miseria (Arieti, 1993).

"La vida del depresivo carece de sentido ya que no encuentra refuerzos ni dentro ni fuera de él". (Hidalgo, 1998, p. 72)

En relación a esto Arieti (1993) señala que la dificultad que existe en el depresivo, no es la percepción que tenga acerca de la conexión entre respuesta y apoyo sino que el sistema de apoyo del individuo deprimido es precario y limitado.

Teoría cognitiva de Beck

Desde que se efectuaron las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, se consideraron como parte de los síntomas, las distorsiones cognitivas; como el tener una visión irreal de la personalidad o un pesimismo extremo.

Beck (1970 en Arieti, S. 1998) considera que estas distorsiones cognoscitivas, son las causas primarias de la depresión. Argumenta que todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia), cursan con algún tipo de desorden del pensamiento.

Se sabe que la realidad no se puede conocer de manera totalmente objetiva, por lo tanto las experiencias pasadas, son las que modelan la condición como cada individuo interpreta su mundo, con esto se quiere explicar que la prueba de la realidad es un mecanismo muy subjetivo; no obstante existe de manera general, un consenso de la realidad acerca de lo que es normal y de lo que no lo es.

Arieti (1998) menciona a Beck quien establece que en las enfermedades psicopatológicas y no solo en la depresión, se generan distorsiones que se apartan de la forma realista de pensar e interpretar la realidad, según esta es considerada por la mayoría de los individuos sanos (Arieti, 1998).

"Estas distorsiones cognitivas, son resultado de un esquema yoico deficiente" (Hidalgo, 1998 p.73).

Por otra parte S. Freud en su teoría psicoanalítica pensaba que la principal función de los sueños en los deprimidos era la de complacer sus deseos llenos de contenido masoquista, de furia y rabia y Beck consideraba que los sueños de los deprimidos tenían su origen en componentes cognitivos, los que le fue posible identificar, en las asociaciones y sueños de los pacientes deprimidos; estos contenidos revelaban temas de rechazos, injusticias y decepciones, vividos por estos sujetos y que no son necesariamente inconscientes (Hidalgo, 1993).

Beck hacia 1970 argumenta que en la depresión existe una tríada cognoscitiva, con la cual intenta explicar que la depresión tiene sus propias formas de distorsión y son las siguientes:

- 1) Expectativas negativas respecto del ambiente
 - 2) Auto apreciación negativa y
 - 3) Expectativas negativas respecto del futuro
- (Arieti, S. 1998)

Polaino (1988) agrega al respecto de lo anterior, que esta tríada cognitiva se nutre de una alteración de la percepción.

En 1976 el origen de la depresión queda vinculado, según Beck a un esquema yoico defectuoso y a una pérdida significativa, condiciones que desencadenan una serie de distorsiones cognitivas automáticas (Arieti, 1998).

Safran y Segal (1994 en Hidalgo1998) mencionan que dentro de estas distorsiones negativas se encuentran:

- 1) Pensamiento absolutista del tipo todo o nada, o una tendencia a percibir todas las experiencias negativas
- 2) Sobregeneralización de detalles adversos
- 3) Filtro mental a aspectos dolorosos o negativos
- 4) Descalificación de lo positivo
- 5) Exageración de lo desafortunado y minimización de lo afortunado
- 6) Deberes e imperativos obsesivos
- 7) Internalización o personalización por la responsabilidad de las pérdidas, errores o hechos externos

Beck agrega que estos errores cognitivos o distorsiones, no son una consecuencia de los síntomas depresivos; sino constituyen el origen de ellos, siendo estos síntomas de índole emocional, motivacional, de conducta o vegetativos. Este autor menciona que su teoría se orienta hacia "la forma en que mecanismos disfuncionales de adaptación, en la estructura cognitiva (esquema yoico), procesan la información defectuosamente y predisponen al individuo a sufrir una depresión" (Hidalgo, 1998, p.74).

Hasta ahora se han visto algunas de las diferentes perspectivas teóricas que se han planteado acerca del síndrome depresivo; a continuación se describirá el cuadro clínico de este síndrome y su clasificación.

Enfermedad depresiva

La depresión es tan antigua como el hombre. Y aunque las emociones de pena y tristeza son componentes emocionales intrínsecos de la condición humana, la depresión patológica debe distinguirse de estas emociones intrínsecas, por la

intensidad, la duración y la irracionalidad, que se presenta en el síndrome depresivo; así como el impacto que tiene en la vida de la persona que lo padece. El término depresión se utiliza para describir el ánimo, un síntoma, un síndrome o un grupo específico de enfermedades, esta situación sumada a la ausencia de una definición, provoca confusión, en cuanto a la designación del síndrome depresivo como tal (Mendels, 1977).

El síndrome depresivo es un conjunto de síntomas que se relacionan entre sí, entre estos síntomas se encuentran trastornos como la tristeza, la pérdida de peso y malestares somáticos difusos, así como el deterioro en las distintas áreas del paciente, como son, los afectos, la conducta y los pensamientos; todos los cuales se presentan de manera conjunta (López y De la Cruz, 1994).

De acuerdo a lo arriba señalado y para poder hacer la distinción del síndrome depresivo, es necesario conocer el cuadro clínico de la depresión.

Cuadro clínico de la depresión

El cuadro clínico que se presenta en un individuo depresivo es muy variado, aunque como síntomas centrales de la depresión se encuentran el pesimismo, la tristeza, el descontento de sí mismo, la pérdida de energía, de motivación y de concentración. El grado y combinación de los síntomas antes señalados varían en su forma de presentación y duración de un sujeto a otro (Mendels, 1977). Por su parte López y De la Cruz (1994) comentan que el cuadro clínico de la depresión tiene dos aspectos de presentación: El primero permite diagnosticar de modo seguro y rápido, el síndrome depresivo, puesto que las alteraciones se presentan en el área afectiva; en el segundo aspecto predominan los síntomas somáticos, los que para el médico son difíciles de identificar, como elementos constituyentes del síndrome depresivo.

En general las alteraciones que se manifiestan en los pacientes depresivos abarcan cuatro grandes grupos:

Alteraciones del ánimo (afectivas)

La tristeza es el principal síntoma de la depresión, se presenta en la mayoría de los pacientes deprimidos, lo que les provoca que se sientan abatidos e insatisfechos, estos pacientes se quejan de no ser ellos mismos. Son incapaces de reaccionar a lo que habitualmente les provocaba alegría. Algunos enfermos depresivos refieren que su condición se debe a un acontecimiento específico; la mayoría de ellos, sin embargo, no se explican el origen de su tristeza.

En los depresivos también se presenta llanto frecuente el que puede ser leve o moderado, en ocasiones es en respuesta a eventos específicos, otras veces es sin motivo aparente; por otro lado, existen enfermos depresivos agudos que son incapaces de llorar (Mendels, 1977).

Si bien los sentimientos de tristeza, abatimiento e insatisfacción son los más frecuentes, en ocasiones los estados de ánimo que se presentan y predominan

son la irritabilidad y la ansiedad, esta última se manifiesta de forma más intensa durante la mañana y disminuye hacia la noche.

El paciente depresivo presenta sentimientos de inseguridad, no es capaz de tomar decisiones, disminuye su voluntad e iniciativa, provocando que se vuelva una persona dependiente. La inseguridad generalmente se acompaña de pesimismo, lo que origina sentimientos de devaluación personal, debido a esto el paciente puede expresar frases como: "no sirvo para nada", "soy un inútil"... esto es muy importante tomarlo en cuenta, porque como resultado de esta percepción que tiene el paciente de sí mismo puede negarse a recibir tratamiento.

Otro síntoma frecuente es el miedo que experimenta el paciente, sin saber por lo menos a que le teme, este miedo se puede presentar en cualquier circunstancia, por ejemplo en el trabajo, en la escuela, comiendo, viendo televisión (López y De la Cruz, 1994).

Alteraciones del pensamiento (cognoscitivas)

A medida que el síndrome depresivo evoluciona, los pacientes depresivos se vuelven ineficientes, esto es debido a que:

- La sensopercepción disminuye, así como la captación de estímulos.
- Se presentan trastornos en la memoria, los pacientes refieren incapacidad de recordar y representar hechos específicos
- Disminuye la capacidad de atención y concentración.

Estas alteraciones se combinan para limitar el funcionamiento eficiente en las actividades cotidianas; así como también para provocar un déficit en el contenido de las cogniciones, el cual se ve reflejado en ideas de culpa y de fracaso del depresivo. El paciente se enjuicia, criticándose y devaluándose, se siente incapaz, lo que le impide lograr acciones que le provoquen satisfacción personal. Se cree incompetente y por lo mismo niega habilidades y éxitos pasados; además de tener pensamientos obsesivos que se relacionan con el fracaso y la desesperanza. Estos pacientes presentan también pensamientos suicidas, los que se deben identificar desde que se inicia el tratamiento, con el fin de estrechar la vigilancia hacia el paciente y utilizar algún método terapéutico para evitar el peligro que estos pensamientos suicidas generan (López y De la Cruz, 1994).

Alteraciones conductuales

Las alteraciones que se presentan en el área afectiva e intelectual de los sujetos depresivos, afectan directamente la conducta del paciente, lo que trae como resultado la disminución de sus actividades.

Por ejemplo, Williamson, (2000) comenta, después de haber realizado una investigación acerca de la enfermedad depresiva, que esta se relaciona directamente con la restricción de actividades rutinarias. Mientras más severa sea la enfermedad depresiva, existirá más restricción de las actividades cotidianas, restricción que a su vez se asocia con mayor retraimiento social y menos apoyo

social.

Con frecuencia estas personas depresivas se delatan por su aspecto; muestran un rostro triste e insatisfecho, postura inclinada y actitud decaída, cuando la enfermedad depresiva evoluciona volviéndose más profunda, se manifiesta una pérdida gradual del interés por el aspecto y aseo de la persona. Los enfermos se muestran desaliñados e incluso sucios.

En la depresión el retardo psicomotor se presenta como una inhibición conductual aparente y una retardación generalizada de las respuestas motoras, de los gestos expresivos, de los movimientos espontáneos, así como también del discurso.

"Cuando se mueve una persona depresiva parece lenta y cauta, como si estuviera realizando un tremendo esfuerzo" (Mendels, 1977, p.21).

En casos extremos el retraso se manifiesta de modo tal, que él paciente parece mudo y pasmado; como si fuera un esquizofrénico catatónico (estupor catatónico); por el contrario existen pacientes que pueden expresar un estado de agitación, el que se caracteriza por inquietud extrema, tanto psicológica como física, esta conducta aparece frecuentemente en pacientes con depresión involutiva (Mendels, 1977).

Alteraciones somáticas

Los síntomas somáticos en los depresivos son variados y tienden a agruparse, pudiendo asociarse varios de ellos en un mismo paciente.

Entre estos síntomas Mendels, (1977) señala los siguientes:

- Las perturbaciones del sueño, muy frecuentes en el síndrome depresivo, en especial el insomnio. Los pacientes se quejan de no poder conciliar el sueño, de despertarse durante la madrugada, de la imposibilidad de volver a dormir y en ocasiones de tener pesadillas. Por esta razón manifiestan cansancio al despertar por la mañana. Paradójico a esto existen personas depresivas que pueden dormir en exceso (hipersomnia), lo que ocurre generalmente en personas con depresión leve.
- Pérdida del apetito y del peso, en los sujetos depresivos se presenta una acentuada pérdida del apetito a medida que la depresión avanza. Esta pérdida del apetito (anorexia), es frecuente y se manifiesta de forma aguda en algunos pacientes, lo que puede llevar a perder entre 15 y 20 kilogramos de peso en corto tiempo. Sin embargo existen pacientes con depresión leve o moderada, la cual se acompaña de aumento del apetito.
- Estreñimiento, es frecuente en la depresión aguda, el paciente deja de evacuar por un lapso de 10 días o más.
- Dolores y malestares: Las molestias corporales difusas se presentan con frecuencia en el síndrome depresivo, son intensas y persistentes, debido a los estados emocionales, los pacientes se

quejan de sequedad en la boca, neuralgias, cefaleas que afectan principalmente la nuca y áreas de la región temporal, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir. Las alteraciones del aparato digestivo comunes son: colón irritado, náuseas, dispepsias y vómitos.

- Alteraciones menstruales, las mujeres depresivas generalmente presentan alteraciones en el ciclo menstrual, siendo la alteración más frecuente, la prolongación del ciclo acompañado de flujo ligero. En algunas ocasiones la menstruación puede desaparecer por algunos meses.
- Pérdida de la libido, esta alteración es muy frecuente, puede ir desde una disminución del interés por la actividad sexual, hasta una obsesión contra la actividad sexual.

Se ha visto hasta este momento el deterioro de las diversas áreas que comprende el Síndrome Depresivo, y de acuerdo a lo anteriormente señalado, se puede observar que la depresión varía ampliamente de un paciente a otro, puesto que algunos pacientes deprimidos pueden cumplir con sus actividades y responsabilidades con eficiencia; mientras que en otros los síntomas del síndrome son tan agudos, que los pacientes quedan totalmente incapacitados.

Conforme a esto, para diagnosticar correctamente la depresión, se deben tener en además de lo anterior, las formas en que este síndrome se manifiesta. Por tal motivo en el siguiente apartado se describirán los distintos tipos de depresión.

Clasificación de la depresión

En la actualidad existen criterios tradicionales que se han establecido para clasificar la depresión, ya que "A lo largo de la historia se ha llegado a contabilizar (de una manera un tanto irónica) hasta 53 tipos de depresión" (López 1994, p.49). Los criterios actuales toman en cuenta algunos puntos importantes, dentro de los que se debe distinguir si la depresión es primaria o secundaria, endógena o reactiva, leve o profunda, neurótica o psicótica (Arieti, 1978).

La diversidad en estos criterios ha traído como consecuencia que dentro del campo de la psiquiatría y psicopatología se haya generado una gran confusión.

López (1994) proporciona una clasificación del síndrome depresivo:

Depresión primaria: Se considera que la depresión es primaria cuando es un componente esencial y probablemente necesario de un síndrome. Por ejemplo en las psicosis maniaco depresiva, se considera que la depresión es primaria, aunque en el contexto de este síndrome pueden producirse ataques maniacos; se ha mencionado antes que es probablemente necesario, porque existen casos excepcionales en el síndrome maniaco depresivo en el cual se manifiestan solo

los ataques maníacos, ya que los depresivos pueden ser subclínicos o subliminales.

Depresión secundaria: La depresión se considera secundaria, cuando esta se manifiesta en un paciente que cursa con una alteración médica, por ejemplo, un desorden endocrino y que evidentemente en ausencia de esta alteración, la depresión no se hubiera presentado.

Depresión endógena: se considera endógena cuando se basa exclusivamente en factores orgánicos, que probablemente son hereditarios y debidos a alteraciones bioquímicas.

Depresión reactiva: Esta sería provocada o precipitada por un evento, que el paciente percibe como perjudicial o desagradable.

Depresión neurótica: La cual es provocada por tensiones circunstanciales, que el paciente percibió como perjudiciales. No se diferencia de la depresión reactiva. "Estas personas experimentaron significativamente la separación o distancia de los padres cuando niños" (López, 1994, p. 50).

Depresión psicótica: En esta el contacto con el mundo real se encuentra afectado, existe retraimiento social burdo, aparecen delirios y alucinaciones.

Arieti y Bemporand (1978) proporcionan una clasificación del síndrome depresivo y clasifican los tipos de depresión en depresiones primarias y depresiones secundarias.

Depresiones primarias: Se dividen en leves (distónicas), profundas (sintónicas) y las vinculadas con el ciclo de vida.

Depresiones leves: Estas depresiones no son aceptadas por el paciente como parte de su vida, de ahí que se denominen *distónicas*.

A pesar de las categorías que existen dentro de esta clasificación, estas depresiones comparten la vivencia de la depresión, a excepción de la depresión encubierta y los síndromes de despersonalización. En estas la depresión se experimenta con mayor intensidad que la tristeza, este tipo de depresiones generalmente disminuyen o desaparecen con el paso del tiempo, aunque también pueden ser recurrentes. Otra característica de estas depresiones, es que el paciente rechaza este sentimiento, lo reconoce como injustificado o exagerado y como un obstáculo para la funcionalidad normal de su vida.

La clasificación de las depresiones leves es la siguiente:

- a) Carácter o personalidad depresiva
- b) Depresión reactiva
- c) Depresión ansiosa
- d) Depresión con síntomas obsesivo compulsivos

- e) Depresión encubierta
- f) Depresión despersonalizada

Depresiones profundas: Son depresiones que el paciente acepta como parte de su vida por lo cual se les denomina sintónicas.

Las características de estas depresiones son muy pronunciadas y se reconocen más fácilmente que las depresiones leves. Se caracterizan por tener una:

- Agobiante vivencia de melancolía
- Desarreglo de los procesos de pensamiento, que se identifican por retardo y contenido inusual
- Retardo psicomotor

A esta tríada psicológica se agregan deficiencias en ciertas funciones somáticas.

Las depresiones profundas se clasifican en:

- a) Depresión pura
- b) Depresión en la psicosis maniaco depresiva
- c) Depresión en la psicosis esquizo afectiva

Las variedades de estas son: autoculposa, suplicatoria, mixta, simple, aguda acompañada de agitación, paranoide, acompañada de estupor.

Depresiones vinculadas con el ciclo de vida

Estos síndromes depresivos se relacionan con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la persona. Esto quiere decir, que dependiendo de la etapa del desarrollo en la que se encuentre el paciente, se presentarán reacciones depresivas específicas. A continuación se enumeran:

- a) Depresión infantil
- b) Depresión del adolescente
- c) Depresión postpuerperal
- d) Melancolía involutiva
- e) Depresión senil

Depresiones secundarias

Se mencionó anteriormente que las depresiones secundarias son aquellas que se asocian o acompañan a las enfermedades médicas, como: las neurológicas, por ejemplo la epilepsia, las endocrinas y algunas enfermedades crónicas, como las enfermedades coronarias.

La clasificación de estas depresiones es la siguiente:

- a) Depresión asociada con desordenes neurológicos
- b) Depresión asociada con otras enfermedades orgánicas
- c) Depresión inducida por drogas
- d) Depresión esquizofrénica

Continuando en esta línea se expondrá la clasificación actual del trastorno depresivo, tomando en cuenta los criterios diagnósticos del DSM IV-TR.

Clasificación de los estados de ánimo de acuerdo al DSM IV-TR

Los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor.

La clave para comprender el sistema diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo es el concepto de "episodio".

El DSM IV-TR describe los episodios afectivos que son: el episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco. Estos episodios no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como base para diagnosticar los trastornos del estado de ánimo. Las principales categorías de estos son: trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos.

Trastornos del estado de ánimo (DSM IV-TR)

Trastornos depresivos:

- Trastorno Depresivo Mayor (Episodio único)
- Trastorno Depresivo Mayor (Episodio recurrente)
- Trastorno Distímico
- Trastorno Depresivo No Especificado (NE)

Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares, porque no existe historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco.

Trastornos bipolares

- Trastorno Bipolar I
- Trastorno Bipolar II
- Trastorno Ciclotímico
- Trastorno Bipolar No Especificado

Estos trastornos involucran la existencia previa de episodios maníacos, mixtos o episodios hipomaniacos, los que generalmente se acompañan de episodios depresivos mayores.

Otros trastornos del estado de ánimo

Trastornos Anímicos debidos a condición médica general

Trastornos Anímicos inducidos por sustancias

Trastornos Anímicos No Especificados (NE)

Una vez proporcionada la clasificación de los trastornos del estado de ánimo, se hará una descripción únicamente de los trastornos depresivos, no porque los demás no tengan importancia, sino que para la finalidad de esta investigación, los otros trastornos son de poca trascendencia.

Para poder comprender mejor los trastornos depresivos es importante revisar el episodio depresivo mayor.

Episodio depresivo mayor

Criterios diagnósticos

La característica fundamental de un episodio depresivo mayor es que exista un periodo prácticamente continuo de dos semanas de duración como mínimo, donde los síntomas estén presentes la mayor parte del día, casi cada día. En el que exista un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Para que se considere un episodio depresivo mayor, la persona debe experimentar también al menos otros cuatro síntomas de los siguientes: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

El episodio debe seguirse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Esto quiere decir que la vida cotidiana del individuo se ve deteriorada. Existen personas que cursan con episodios leves, donde la actividad puede parecer normal, pero esto lo logran a base de un gran esfuerzo.

El estado de ánimo en un episodio depresivo mayor, con frecuencia lo describen los pacientes como deprimido, triste, desesperanzado o desanimado o (Criterio A1).

Existen algunos pacientes que niegan la tristeza en un principio, pero más tarde puede ser motivada por la entrevista. Algunas personas se quejan de considerarse sin sentimientos o ansiosos, en ocasiones el estado de ánimo depresivo se puede inferir de la expresión del rostro y el comportamiento aparente del sujeto. Existen pacientes que ponen más atención en las quejas somáticas, algunos otros refieren o muestran una alta irritabilidad. Regularmente existe pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor grado. (Criterio A 2).

En algunos sujetos se reduce el interés hacia el deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye. Sin embargo existen sujetos que se muestran con más apetito que antes; esto trae como consecuencia una pérdida o ganancia significativa de peso (criterio A 3).

La alteración del sueño que con más frecuencia acompaña a un episodio depresivo mayor es el insomnio; puede manifestarse el insomnio medio, (Ej. Despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (Ej. Despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse) también se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño) muchas veces es esta alteración la que provoca que el sujeto acuda con él médico (Criterio A 4).

Entre los cambios psicomotores se incluyen la retardación (Ej. Lenguaje, pensamiento y movimientos corporales lentos; bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, mutismo o agitación (Ej. Dar paseos, frotarse las manos, arrugarse la ropa, etc.) estos dos síntomas deben ser observables por los demás (Criterio A 5).

Habitualmente se manifiesta falta de energía, cansancio y fatiga (Criterio A 6). Algunas personas pueden quejarse de fatiga persistente, la que reduce la eficacia con que se realizan las tareas.

El sentirse culpable o inútil implica que la persona realice evaluaciones negativas no realistas del propio valor, o tener preocupaciones o ruminaciones de culpa que se refirieran a pequeños errores pasados, estos sentimientos pueden llegar a ser delirantes (Criterio A 7).

Muchas personas presentan una disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8).

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían en grado y en frecuencia desde la creencia persistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, hasta los pensamientos transitorios, pero repetidos, sobre el hecho de suicidarse, hasta hacer planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. (Criterio A 9).

Criterios adicionales

Un episodio depresivo mayor no debe ser resultado de los efectos fisiológicos directos de las drogas (Criterio A), efectos secundarios de los medicamentos (Criterio B) o a la exposición a tóxicos (Criterio C).

No debe ser provocado directamente por ninguna enfermedad médica (Criterio D).

No deben ser resultado de una situación de duelo, a menos que se asocien a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor (Criterio E).

Que los síntomas no cumplan los criterios para un episodio mixto.

Los episodios depresivos difieren en cuanto a su gravedad, según el DSM IV-TR, los siguientes son los niveles en los que se presentan los episodios:

- 1) Episodio leve, existen pocos síntomas los que sin embargo, cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico.
- 2) Episodio moderado, presencia de deterioro social y laboral.
- 3) Episodio grave no psicótico, presencia de bastantes síntomas, más de los que se requieren para el diagnóstico y marcado deterioro social y laboral.
- 4) Episodio con características psicóticas, presencia de delirios y alucinaciones.
- 5) Episodio en remisión parcial, estado intermedio entre leve y remisión total.
- 6) Episodio en remisión total, donde no ha habido presencia de síntomas o signos en los últimos seis meses.

Trastorno depresivo mayor

Características diagnósticas

La principal característica de un trastorno depresivo mayor es haber tenido uno o más episodios depresivos mayores, y que además cumpla con las siguientes condiciones:

- No haber tenido nunca episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos
- No se deben tomar en cuenta, a la hora de realizar el diagnóstico, los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias; ya sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico.
- No se deben considerar los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.
- Los trastornos depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, a un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor se debe indicar si se trata de un episodio único, o si es recurrente.

Trastorno depresivo mayor episodio simple (DSM IV-TR)

A) Presencia de solo un episodio depresivo.

B) Que no exista historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

C) No se trata de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Se debe especificar, para cada episodio actual o más reciente:

La gravedad: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, en remisión parcial o en remisión total

La cronicidad

Los rasgos: Con rasgos catatónicos, con rasgos melancólicos, con rasgos atípicos.

El inicio: con inicio en el posparto

Trastorno depresivo mayor recurrente

A. El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos.

Para hacer la distinción de un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes, se considera que un episodio ha terminado, cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos, durante los cuales hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que sin embargo, no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

Se deben utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual o el más reciente:

La gravedad: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, en remisión parcial o en remisión total

La cronicidad

Los rasgos: con rasgos catatónicos, con rasgos melancólicos, con rasgos atípicos.

El inicio: con inicio en el posparto.

Para indicar la forma de curso de los episodios y la manifestación de sintomatología entre cada episodio, en el trastorno depresivo mayor recidivante, se utilizan las especificaciones siguientes:

- Patrón de curso con o sin recuperación total entre los episodios
- Con patrón estacional

B) No se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

C) Que no exista historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos.

Se debe señalar que el trastorno depresivo mayor, se asocia a enfermedades médicas crónicas, hasta en un 20-25%, los sujetos que cursan con enfermedades como la diabetes, infarto de miocardio, carcinomas y accidentes vasculares cerebrales, desarrollarán el trastorno depresivo a lo largo del curso de su enfermedad, siendo así que el tratamiento de la enfermedad médica se vuelve más complejo y el pronóstico, menos favorable.

Trastorno distímico

Se trata de estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, que no cumplen los criterios del episodio depresivo mayor; la sintomatología en el trastorno distímico, es menos grave y más prolongada.

El DSM IV-TR hace una distinción de los tipos de trastorno, dependiendo la edad de inicio.

Especificaciones:

Inicio temprano. Cuando el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Son personas con más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.

Inicio tardío, si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

Con síntomas atípicos, se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los dos últimos años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos

Criterios diagnósticos para el trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Baja autoestima o sentimientos de inadecuación
- 2) Sentimientos de desesperanza o desesperación
- 3) Pérdida generalizada del interés o del placer
- 4) Aislamiento social
- 5) Falta de energía o fatiga
- 6) Sentimientos de culpa
- 7) Sensación de irritabilidad o ira excesiva
- 8) Eficacia general disminuida
- 9) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- 10) Pérdida o aumento de apetito
- 11) Insomnio

C. No ha existido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración, por lo cual la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

D. Nunca ha ocurrido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej. Una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (Ej. Hipotiroidismo).

G. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se debe especificar si es de inicio temprano antes de los 21 años o de inicio tardío, después de los 21 años.

Trastorno no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos, cuyos síntomas no se adecuan a los criterios para el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico.

Algunas veces los síntomas depresivos de este trastorno se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

El DSM IV-TR incluye ejemplos de trastornos que pueden ser clasificados en este apartado, entre los que se incluyen:

Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas son, estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades, los cuales se presentan con regularidad durante las últimas semanas de los ciclos menstruales y remiten a los pocos días del inicio de las menstruaciones. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero que no cumplen los criterios exigidos, para el trastorno depresivo

Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no se asocian a los ciclos menstruales).

Trastorno depresivo post psicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

En relación a lo anterior se puede notar que existe una gran variedad de clasificaciones de la depresión; que van desde las tradicionales hasta las propuestas en el DSM IV-TR.

De vital importancia es tener presente el tipo de depresión que se manifiesta en los sujetos para poder establecer un diagnóstico certero y un tratamiento eficaz.

Por otro lado se ha comentado que existen factores externos que influyen en la aparición del trastorno depresivo, entre estos se encuentran, las enfermedades crónicas como el cáncer, de ahí que esta investigación pretenda encontrar la relación que existe, entre los estilos de afrontamiento que utilizan las pacientes con cáncer de mama y el grado de depresión que desarrollan.

Depresión y cáncer de mama

Causas:

Berenjena (2003) comenta que aunque es frecuente que las enfermas de cáncer de mama sufran síntomas de depresión y ansiedad a lo largo de su enfermedad, esta patología no necesariamente determina la aparición de éstos estados psíquicos, puesto que cada mujer afronta la enfermedad de forma distinta, por lo tanto las causas que desencadenan estas condiciones psíquicas son también muy diferentes; si la paciente ha visto morir a alguien cercano a causa de esta enfermedad y/o tiene antecedentes familiares de cáncer de mama su riesgo de sufrir una depresión aumenta considerablemente por miedo a que le ocurra lo mismo. Sin embargo Absetz, Aro, Sutton, (2002) dicen que después de llevar a cabo un estudio con mujeres que sufrían de cáncer de mama encontraron que la experiencia y los conocimientos de los factores de riesgo de ésta enfermedad tenían influencia sobre como estas pacientes percibían el padecimiento, pero no sobre la ansiedad y la depresión; sino que eran los estilos de afrontamiento enfocados a la emoción, los que inflúan en los estados de ansiedad y en el desarrollo de la depresión.

Berenjena (op. cit) comenta que se debe tener en cuenta también, si acaso la paciente ha sufrido cuadros depresivos en anteriores ocasiones, ya que esto la predispone a desarrollarlos nuevamente, pues el conocer la sintomatología de la enfermedad depresiva, se constituye como un factor de riesgo importante para estimular nuevamente esos sentimientos. Al respecto se encontró que mujeres que habían sufrido una mastectomía tuvieron respuestas ansiosas depresivas desde los tres días y hasta los seis meses después de la intervención, lo cual correlacionaba considerablemente con el rasgo de ansiedad de estas pacientes (Bonnaud, Chabrol, Doron, Lakdja, Swendsen, Sztulman, 2002).

Continuando en la línea de Berenjena (2003) los efectos secundarios que provoca el tratamiento son numerosos y dañan de forma considerable la autoestima y la auto-percepción de la imagen de la paciente. La radioterapia provoca náuseas y vómitos persistentes, así como cansancio. La ausencia de la mama por una mastectomía; la alopecia, los cambios en el peso, la coloración de la piel y su textura, que resultan de tratamientos como la radioterapia y/o la quimioterapia son posibles causas de depresión, las que incluso en algunos casos llegan a afectar las relaciones de pareja de la enferma. Al respecto se llevó a cabo una investigación para conocer el grado de depresión que desarrollan las mujeres que han sufrido una mastectomía y aquellas que se les practicó una lumpectomía (cirugía donde se extirpa el tumor y solo una pequeña parte del tejido sano que lo

cubre, con esta intervención por lo regular no se pierde el tamaño ni la forma de la mama) encontrando que la distribución de la depresión fue igual en ambas, apoyando la hipótesis que dice, que la confrontación con el resultado potencialmente mortal del diagnóstico, es decisivo para causar la depresión. Sin embargo, en la mastectomía la reacción de pena tiene dos componentes una reacción depresiva a la pérdida de la mama y una reacción de pena de anticipación para el resultado potencialmente mortal (Van- Heeringen, Van-Moffaert, De Cupiere, 1990). Hallazgos indican que cuando a las pacientes y a sus parejas se les permite tener parte activa en el tratamiento quirúrgico, ofreciéndoles una opción de cirugía, experimentan menos ansiedad y depresión (Morris y Royle, 1988).

La imposibilidad para mantener relaciones afectivas y la repercusión que esto tiene en la vida social y sexual, son producto del deterioro físico que lleva a las pacientes a sentirse poco femeninas y evitar como consecuencia las relaciones con los demás. Todos estos factores juegan un papel importante en las repercusiones psicológicas y psiquiátricas del cáncer, factores que en muchos de los casos son determinantes para desarrollar un cuadro depresivo.

Sin embargo; el miedo a la muerte es probablemente, el principal factor de riesgo de la depresión; puesto que la mujer sufre una enorme ansiedad, preocupación y tristeza al pensar que va a morir y tendrá que dejar a sus hijos, o a familiares, que puedan necesitarla. Incluso muchas veces se sienten culpables, porque piensan que son una carga para su familia tanto en el aspecto económico como moral. Otro factor que es muy importante y puede constituirse como una causa para desarrollar una depresión, es el cambio del estilo de vida que sufren las pacientes afectadas por cáncer de mama (Berenjena 2003).

Por todo lo anterior es de vital importancia que el tratamiento médico para el cáncer de mama, se complemente con el tratamiento psicológico, para ayudar a las pacientes a una mejor adaptación de la enfermedad oncológica. Confirmando esto se llevó a cabo un estudio para evaluar el impacto a largo plazo de asistencia a un grupo de apoyo, sobre el predominio de enfermedad psicológica en pacientes con cáncer de mama, antes y un año después de su participación en el grupo. Los resultados de este estudio indican que existe una reducción en los niveles de ansiedad y depresión y que el factor más importante es la participación en el grupo de apoyo; ya que las pacientes aprenden a mejorar su estado psicológico. (Montazeri, Jarvandi, Haghghat, Vahdani, Sajadian, Ebrahimi, Haji-Mahmoodi, Mehregan, 2001).

Instalación del cuadro depresivo

Enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad que ponga potencialmente en peligro la vida, como es el cáncer de mama, es un momento difícil para cualquier persona. La reacción natural de la enferma ante esta situación, es mostrarse triste y decaída, estos estados son indispensables para que la enferma disponga de un período que le permita adaptarse y aceptar su situación.

El cáncer de mama como se mencionó arriba, tiene repercusiones, tanto psiquiátricas como psicológicas.

Existe una barrera que diferencia la reacción de tristeza lógica provocada por el conocimiento de la enfermedad y la aparición de un cuadro depresivo y de ansiedad. Las características de estos estados son muy distintas y es la duración de estos periodos, la que hace necesaria la instalación de la psicoterapia, y en ocasiones el uso del tratamiento farmacológico (antidepresivos y ansiolíticos), para que la paciente pueda soportar mejor la enfermedad (Berenjena 2003). Existen investigaciones que apoyan lo siguiente, por ejemplo Antonym, Lehman, Kliboum, Boyers, Culver, Alferi, Yount, McGregor, Arena, Harris, Price, Carver,(2001), probaron los efectos que tiene la psicoterapia cognitiva conductual, sobre pacientes de cáncer de mama, de etapas I y II, encontrando que este tipo de intervención reduce la prevalencia de depresión y que además provoca que las pacientes participen de forma activa, logrando contribuciones positivas en sus vidas. Por su parte Maguire, Hopwood, Tarrier, Howell, (1985) mencionan que pacientes que sufrieron mastectomía y que recibieron tratamiento psiquiátrico, el cual incluía medicación antidepresiva, drogas ansiolíticas y psicoterapia de apoyo (cognoscitiva), sufrieron de menos depresión y ansiedad, que aquellas pacientes que solo recibieron psicoterapia de apoyo. Explican además que la mejora fue sostenida a largo plazo, solo en las pacientes que recibieron tratamientos combinados.

De acuerdo a lo mencionado arriba por Berenjena, con relación a la instalación de tratamiento psicoterapéutico a pacientes con cáncer, el National Cancer Institute (2003) menciona que en diferentes estudios, que se han llevado a cabo, se descubrieron los beneficios de las intervenciones psicosociales con pacientes adultos que padecen cáncer, estas intervenciones incluyeron tanto orientación individual como grupal. En un sondeo clínico para el tratamiento de los trastornos de adaptación, 57 pacientes con diferentes tipos de cáncer, fueron asignados en forma aleatoria, ya sea a una intervención psicoterapéutica conductual cognoscitiva enfocada en el problema por 8 semanas o a una intervención individual con consejería de apoyo, por 8 semanas. Los resultados mostraron que aquellos que recibieron psicoterapia conductual cognoscitiva enfocada en el problema, mostraron un cambio substancial en su espíritu de lucha, en como lidiar con el cáncer, la ansiedad, la depresión y su autodefinición de los problemas, tanto al concluir la intervención como al cuarto mes durante el seguimiento.

El enfoque cognitivo y conductual se basa en la idea que los síntomas mentales, emocionales como la depresión y la ansiedad e incluso físicos se desprenden en parte de los pensamientos, las sensaciones y los comportamientos de la persona, lo cual resulta en adaptación deficiente. Las intervenciones se centran directamente en los pensamientos, las sensaciones y los comportamientos de una persona con la meta de modificar estrategias específicas de adaptación y aliviar los trastornos emocionales. Las intervenciones cognitivas y conductuales incluyen diversas técnicas como: capacitación para la relajación, biorretroalimentación, manejo de imprevistos, solución de problemas, reestructuración cognoscitiva, interrupción de los pensamientos, ejercicios de imágenes mentales y superación de las aseveraciones propias. Los enfoques cognitivos y conductuales tienden a

ser intervenciones breves relativamente a corto plazo, bien adaptadas al entorno oncológico.

Por su parte Berenjena (2003), explica que el momento en el que aparecen los primeros indicios de depresión en las mujeres con cáncer de mama, es diferente de una mujer a otra. Regularmente estos surgen cuando la mujer conoce el diagnóstico, cuando sufre una recaída o cuando se le detecta metástasis. Al respecto se estudiaron los efectos de la depresión mayor y la ansiedad en relación con el diagnóstico, resultando de esto, que un cuadro depresivo mayor estuvo asociado con la probabilidad de un diagnóstico de cáncer de mama de etapa tardía, mientras que una historia de desórdenes de ansiedad se asoció con un diagnóstico de etapa temprana al cáncer (Desai, Bruce, Kasl, 1999).

Existen mujeres que pueden deprimirse antes de que se confirme el diagnóstico, sobre todo si existen antecedentes familiares de este padecimiento y si el familiar ha fallecido; lo cual tiene implicaciones directas sobre la salud física. (Berenjena, 2003). De acuerdo a esto Hjerf, Andersen, Keiding, Mouridsen, Mortensen, Jorgensen, (2003) exponen que la depresión previa es un factor de riesgo, para un pronóstico negativo después del diagnóstico de cáncer de mama, esto independientemente de la edad, la etapa del cáncer y de factores somáticos positivos; ya que las pacientes con depresión tienen un riesgo altamente significativo de mortalidad, que depende de la etapa del cáncer y del tiempo de instalación de la depresión.

Die Trill, (citada por Berenjena, 2003) comenta que curiosamente en algunos casos, la depresión aparece una vez que se ha finalizado el tratamiento, sorprendiéndose la propia enferma de su reacción. Sin embargo el hecho de que haya llevado bien el tratamiento, que se haya enfrentado a la enfermedad de forma positiva y que finalmente se derrumbe, no resulta extraño. "Cuando la enferma no tiene conocimientos médicos dirige todos sus esfuerzos y su capacidad mental al tratamiento, al aspecto médico de la enfermedad, sin dedicar ni un minuto a ver cómo se siente y que emociones está experimentando. De esta forma, cuando termina el tratamiento la enferma se siente sola ante una experiencia que ya ha pasado, empezando a plantearse entonces la gravedad de la situación que ha vivido y la manera en la que esta ha alterado su vida".

Por su parte Cortés, (en Berenjena, 2003) dice que "no es recomendable que los sentimientos de tristeza persistan durante mucho tiempo, pero que sin embargo, resulta igual de preocupante que una enferma no se muestre triste después de un cáncer de mama, ya que esto implica que ha habido cierto grado de negación de la gravedad de la enfermedad". Agrega que cuando esto sucede el médico debe respetar la negativa de la paciente a asumir su situación y a recibir información acerca de su estado de salud, siempre y cuando no se presenten conductas que la perjudiquen aún más.

En general, en las pacientes con cáncer de mama lo primero que hay que hacer es valorar cuántos conocimientos quiere la enferma que se le transmitan: qué es lo que ya sabe, que es lo que se imagina y cuanto quiere saber. Asimismo, es

necesario que el médico rectifique todas aquellas informaciones equivocadas que la paciente pueda tener acerca del padecimiento. En ocasiones la familia trata de ocultar a la enferma la gravedad de su situación, creyendo que de esta manera la ayudan y cortando así la comunicación que se pudiera establecer con la paciente, provocándole un sentimiento de aislamiento, que hace que sus sentimientos depresivos se agudicen. Es necesario pues, que tanto la familia como el personal médico no bloqueen la comunicación con la paciente, ya que el hecho de ella pueda verbalizar sus emociones y sentimientos, le permiten disminuir sus síntomas depresivos y de ansiedad. Por ejemplo Samarel, Tulman, Fawcett, (2002), estudiaron los efectos que tiene el apoyo social y la educación sobre la adaptación al cáncer de mama, ellos evaluaron durante tres periodos, a tres grupos el grupo experimental que recibió trece meses de apoyo individual telefónico de soporte y educativo, combinado con soporte personal en un grupo de apoyo educativo; el grupo de control 1 que recibió solamente trece meses de apoyo individual telefónico de soporte y educativo y el grupo de control 2, al que solo se le envió información educativa. En los resultados se encontró que el grupo experimental y de control 1 reportaron menos perturbación emocional al final de las tres fases, menos soledad al final de las fases II y III y una mayor calidad en las relaciones, con un aumento adicional significativo al final de la fase II, que el grupo de control 2. Otra investigación señala que la participación de pacientes con cáncer de mama, en un grupo de apoyo con componentes psicosociales y educativos reducen significativamente los síntomas depresivos y de ansiedad. (Wellisch, Hoffman, Goldman, Hammerstein, Klein, Bell, 1999).

Existen hallazgos que mencionan que las pacientes con cáncer de mama en los primeros estadios de la enfermedad y que desarrollan depresión al enterarse de su diagnóstico tienen más probabilidades de fallecer. En el caso de un cáncer en fases más desarrolladas, la enfermedad es más mortífera entre las mujeres que padecían depresión antes de conocer su diagnóstico (Diario El Mundo de España, 2003).

Hjerf (2003) analizó los efectos de la depresión en más de 20.500 enfermas de cáncer de mama. La depresión post-diagnóstico aumentaba la tasa de mortalidad entre los casos de cáncer poco avanzados, aunque su influencia era prácticamente nula en los tumores más avanzados. Mientras que la depresión anterior al diagnóstico provocaba un mayor riesgo de mortalidad, entre las mujeres con tumores más grandes y metástasis. Este hecho permanecía inalterable independientemente de la edad de la paciente o del tratamiento que estuviese recibiendo contra el cáncer.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

Las enfermedades médicas crónicas y las enfermedades terminales, como el cáncer: específicamente el *cáncer de mama*, el cual se presenta en las mujeres más comúnmente a partir de los 25 años, son padecimientos que conllevan un marcado deterioro en las áreas física, social y psicológica, el cual es producto de la evolución de la propia enfermedad y de los tratamientos que esta implica, particularmente la mastectomía. El área psicológica es de gran importancia, ya que cuando a una persona se le diagnostica *cáncer de mama*, se provoca un fuerte impacto psíquico, el cual es capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo, desencadenando una serie de reacciones emocionales desfavorables, entre las que puede encontrarse *la depresión*, por esto que el interés de este estudio se centra en conocer de qué manera las mujeres afrontan un estímulo tan amenazador como el *cáncer de mama* y el tratamiento quirúrgico que implica, puesto que el afrontamiento que ellas mantienen, ante los estímulos percibidos como amenazantes, influye significativamente sobre su bienestar psicológico.

Por lo tanto el objetivo de este estudio es conocer de qué manera se relacionan los estilos de afrontamiento y la depresión en el curso de la enfermedad oncológica.

Hipótesis de trabajo

- 1-Existe relación entre los estilos de afrontamiento y la depresión en las mujeres con *cáncer de mama*.
- 2-Existen diferencias por edad en el estilo de afrontamiento que presentan las mujeres con *cáncer de mama*.
- 3-Existen diferencias por edad respecto de la depresión que desarrollan las mujeres con *cáncer de mama*.
- 4-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas respecto de los estilos de afrontamiento que emplean.
- 5-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas respecto de la depresión que desarrollan.
- 6-Existen diferencias por edad, respecto del factor reevaluación positiva, de la escala de estrategias de afrontamiento.

- 7-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, respecto del factor reevaluación positiva, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 8-Existen diferencias por edad respecto del factor apoyo profesional de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 9-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, respecto del factor apoyo profesional, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 10-Existen diferencias por edad respecto del factor autocontrol, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 11-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, respecto del factor autocontrol, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 12-Existen diferencias por edad respecto del factor apoyo social, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 13-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, respecto del factor apoyo social, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 14-Existen diferencias por edad respecto del factor resignación, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 15-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, respecto del factor resignación, de la escala de estrategias de afrontamiento.
- 16-Existen diferencias por edad en el factor de actividad retardada y somatización, de la escala de sintomatología depresiva.
- 17-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, en el factor de actividad retardada y somatización, de la escala de sintomatología depresiva.
- 18-Existen diferencias por edad en el factor de afecto negativo, de la escala de sintomatología depresiva.
- 19-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, en el factor de afecto negativo, de la escala de sintomatología depresiva.

20-Existen diferencias por edad en el factor de aislamiento, de la escala de sintomatología depresiva.

21-Existen diferencias entre las mujeres mastectomizadas y las no mastectomizadas, en el factor de aislamiento, de la escala de sintomatología depresiva.

22-Existen diferencias entre las mujeres con cáncer de mama que recibieron tratamiento psicológico y las que no recibieron tratamiento psicológico, en cuanto a ideación e intento suicida.

Variables

Variables independientes:

Edad: Dos grupos, el grupo 1 integrado por mujeres menores, con edades de 25 a 50 años, constituido por 79 mujeres; el grupo 2 integrado por mujeres mayores con edades de 51 a 80 años, conformado por 31 mujeres.

Se agrupo de esta manera tomando en consideración la varianza; ya que el grupo de mujeres mayores tiene una varianza más amplia, aún cuando la muestra de este grupo es más pequeña.

Estatus operatorio: Mujeres con tratamiento de mastectomía y mujeres sin tratamiento de mastectomía; de las cuales 65 están mastectomizadas y las 45 restantes no lo están.

Variables dependientes:

Estilos de afrontamiento
Depresión

Definición conceptual de variables

Variables independientes:

Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento; cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana (Diccionario de la Real Academia Española, 22ª edición, 2001).

Mastectomía: Ablación quirúrgica de la mama (Diccionario de la Real Academia Española, 22ª edición, 2001).

Variables dependientes:

Estilos de afrontamiento: Todos aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas

internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

La depresión se considera un trastorno del humor caracterizado por la alteración significativa del estado de ánimo, principalmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse con síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual, entre otros) y con una reducción en la actividad social, Farné, Sabellico y Antonelli, (1990) (en Alfaro 2001).

Definición operacional de variables:

Variables independientes:

Edad: Grupo de mujeres de menor edad, aquellas que tienen de 25 a 50 años y grupo de mujeres de mayor edad, aquellas que tienen de 51 a 80 años.

Mujeres mastectomizadas son aquellas que han sufrido una cirugía en la que se lleva a cabo la extirpación de la mama, con disección de la cadena ganglionar y la extirpación de ambos músculos pectorales.

Mujeres no mastectomizadas son aquellas que no han requerido de este tipo de tratamiento.

Variables dependientes:

Estilos de afrontamiento: Se evaluaron, mediante la calificación obtenida de una escala intervalar de 34 reactivos, de los cuales 33 tienen cinco opciones de respuesta, con un rango de 1 a 5 (nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre), dicha escala se basó en la propuesta por Lazarus y Folkman (1984) y considera las tres dimensiones del afrontamiento, la dirigida a la resolución del problema, a la regulación emocional y a las estrategias mixtas y comprende los siguientes factores reevaluación positiva, apoyo profesional, autocontrol, apoyo social y resignación.

Depresión: Se evaluó mediante la escala intervalar de depresión "CES-D". Dicha escala tiene 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta, con un rango de 1 a 4, las opciones fueron ningún día o menos de un día, de uno a dos días, de tres a cuatro días y de cinco a siete días y comprende los siguientes factores: Actividad retardada y somatización, afecto negativo y aislamiento.

Diseño

Es Cuasi-experimental de dos muestras independientes. Cuasi experimental porque carece de un control total experimental de las variables.

Tipo de estudio

Es un estudio correlacional funcional, diferencial.

Correlacional funcional, puesto que se trata de encontrar relaciones entre las variables estrategias de afrontamiento y depresión, las cuales están una en función de la otra.

Es diferencial ya que se trata de encontrar diferencias entre los grupos del estudio.

El estudio fue de tipo transversal de campo: Es transversal debido a que se evaluaron a las pacientes en un tiempo determinado, esto quiere decir que no se hará seguimiento de las participantes de dicho estudio y es un estudio de campo porque se aplicaron los instrumentos de medición, dentro del ambiente natural de tratamiento de la enfermedad.

Escenarios

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Central militar, en el Hospital General de México y en el Grupo de Recuperación Total (RETO) con sede en Benjamín Franklin n. 61; así como en Grupo Reto ubicado en el Instituto Nacional de Cancerología.

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional por cuota, puesto que se buscaron mujeres mastectomizadas, y no mastectomizadas. Asimismo se estableció el número de participantes que integraron la muestra, que fue un total de 110 mujeres con cáncer de mama.

Sujetos

Participaron en el estudio un total de 110 mujeres, divididas en dos grupos, el de mayor y el de menor edad, donde el grupo de menor edad incluía una población de 79 mujeres de 25 a 50 años, el de mayor edad, con una población de 31 mujeres de 51 a 80 años, diagnosticadas con cáncer de mama, en cualquier etapa de la enfermedad; de las cuales 65 fueron pacientes mastectomizadas y las 45 restantes fueron pacientes sin mastectomía.

Instrumentos

Se utilizaron las siguientes escalas de medición:

1-Para la medición de las *estrategias de afrontamiento*, se utilizó una escala, la cual se construyó a partir del modelo que presenta Lazarus Y Folkman (1984) sobre estrategias de afrontamiento, donde son consideradas tres dimensiones: dirigidas a la resolución del problema, dirigidas a la regulación emocional y las estrategias mixtas. Esta escala fue validada y confiabilizada para la población mexicana por Alfaro (Universidad Nacional Autónoma de México, 2001). La validez se llevó a cabo a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 28 reactivos quedaron 27, divididos en cinco

factores con valores propios superiores a uno, que explican el 68.20% de varianza total de la prueba. Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística alpha de Cronbach. Los factores quedaron divididos de la siguiente forma:

- 1- Reevaluación positiva
- 2- Apoyo profesional
- 3- Autocontrol
- 4- Apoyo social
- 5- Resignación

Cada factor se define de la siguiente manera:

Reevaluación positiva: Modo como se hace frente a la enfermedad oncológica, las personas buscan lo positivo del problema y se inspiran para hacer actividades creativas, crecen como personas positivamente, permiten que sus sentimientos surjan de forma positiva, salen de la experiencia mejor que cuando entraron y descubren lo importante de la vida, encuentran fe en algo nuevo, luchan por lo que quieren, son optimistas y tienen esperanza en la vida.

Apoyo profesional: Factor que indica la manera como se hace frente a la enfermedad; las pacientes buscan información sobre su padecimiento, consiguen ayuda profesional, y hablan con gente que sepa más acerca de la situación o buscan a alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema.

Autocontrol: Indica el control que se tiene ante el problema o enfermedad a través de seguir planes de acción, buscar alternativas de curación, evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio y meditar.

Apoyo social: Indica que se enfrenta el problema a través de la búsqueda de confidentes y de grupos de autoapoyo.

Resignación: Este factor indica que las pacientes enfrentan la enfermedad resignándose a ella de manera positiva y preparándose para morir.

2- Para medir *sintomatología depresiva*, se utilizó la escala de depresión "CES-D" creada en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, por Radloff (1977), la cual ha sido validada y confiabilizada para la población mexicana; los investigadores que han utilizado esta escala son Salgado (Instituto Nacional de Psiquiatría, 1993), Maldonado (Instituto Técnico y de Estudios Superiores de Occidente, 1993). En el 2001 la escala fue utilizada por Alfaro (Universidad Nacional Autónoma de México), obteniendo la validez de la misma a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 20 reactivos, quedaron 19, divididos en tres factores con valores propios superiores a uno, que explican el 63.63% de varianza total de la prueba.

Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a 40. Asimismo cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística alpha de Cronbach. Los factores quedaron divididos de la siguiente manera:

- 1- Actividad retardada y somatización
- 2- Afecto negativo
- 3- Aislamiento

Cada factor se especifica de la siguiente manera:

Actividad retardada y somatización: Indica la presencia de sintomatología depresiva como sentir que todo lo que hace es un esfuerzo, tener problemas de atención, sueño inquieto, no tener ganas de hacer nada, hablar menos de lo usual y pasar ratos llorando.

Afecto negativo: Lo que señala la presencia de estados de ánimo depresivos como tristeza, depresión, poco optimismo, no estar contentas y no disfrutar de la vida.

Aislamiento: Indica problemas de relaciones interpersonales como sentirse solas, no caerle bien a la gente y sentir que la gente no es amigable.

Procedimiento

La aplicación de las escalas mencionadas anteriormente se llevó a cabo de dos maneras. Con las pacientes internas, el entrevistador leyó los reactivos de cada escala y la paciente respondía verbalmente, con las pacientes externas las escalas se autoadministraron, la aplicación de las escalas podía ser interrumpida si ellas así lo deseaban.

En todos los escenarios y al inicio de la aplicación se les explicó a las pacientes, que el motivo de las encuestas era porque se estaba realizando un estudio en la Facultad de Psicología de la UNAM, cuyo objetivo era observar las formas en que se maneja el estrés causado por la enfermedad oncológica; asimismo se les explicó que los datos que se estaban solicitando serían manejados confidencialmente y solo para fines estadísticos.

Una vez explicado el objetivo y obteniendo la autorización de las pacientes se procedió a la aplicación de las escalas. Al terminar se les agradeció su participación en dicho estudio.

Tratamiento estadístico

Este estudio se sometió a un análisis estadístico en la computadora, a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales, SPSS.

Se utilizaron programas como la *prueba T*, para muestras independientes con la finalidad de encontrar las diferencias significativas entre los grupos de la muestra;

también se efectuó un *análisis de correlación de Pearson*, para establecer la relación entre las variables del estudio.

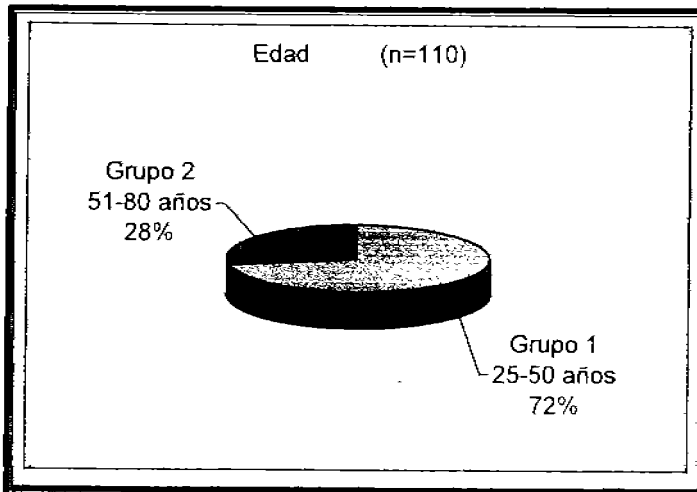
CAPITULO V

RESULTADOS

Descripción de la muestra

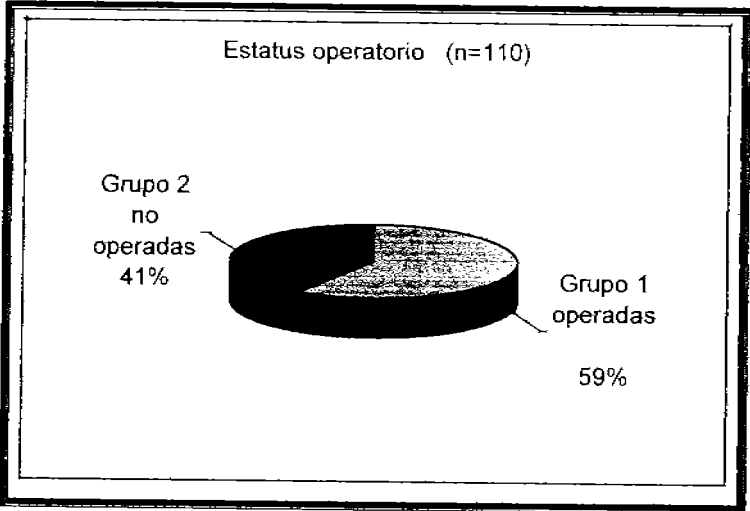
La muestra total estuvo compuesta por un total de 110 mujeres con cáncer de mama, dividida en dos grupos de edad; el grupo de mujeres menores, con edades entre los 25 a 50 años, con una población de 79 mujeres, la cual corresponde al 71.95% de la muestra total y el grupo de mujeres mayores con edades de los 51 a 80 años con una población de 31 mujeres, la cual corresponde al 28.1% de la muestra total (gráfica 1).

Gráfica 1 Porcentajes de los grupos de edad de la muestra total



De la población total 65 mujeres fueron tratadas por medio de cirugía (mastectomía) y las 45 restantes no recibieron dicho tratamiento (gráfica 2).

Gráfica 2 Porcentajes del estatus operatorio de la muestra total



Muestra total

Correlación

Se realizó un análisis de correlación de Pearson, en la muestra total (n= 110), para determinar las relaciones existentes entre los Estilos de afrontamiento y la depresión y se encontró que existe una correlación negativa ($r = -.405$), lo que indica que a mayor sintomatología depresiva, las estrategias de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama son menos adecuadas.

Tabla 1 Análisis de correlación entre estilos de afrontamiento y depresión

	r	p	N
Estilos de afrontamiento / depresión	-.405	.000	110

***.001

Diferencias por edad

En la muestra total se trató de establecer si había diferencias entre los estilos de afrontamiento y la depresión, debidas a la edad, para lo cual se corrió una t de student para muestras independientes y se encontró que para las estrategias de afrontamiento, el grupo 1 de mujeres menores marcaba la diferencia, con ($x=79$), ($t=2.08$) y ($p=.039$) lo que indica que estas mujeres despliegan mejores estrategias de afrontamiento, comparadas con el grupo 2 de mujeres mayores que reportó ($x=31$). En lo que respecta a la depresión, no se encontró ninguna diferencia significativa determinada por la edad, (tabla 2).

Tabla 2 Resultados de las diferencias por edad en los estilos de afrontamiento y la depresión en las mujeres con cáncer de mama

	EDAD		X	t	p
	Grupo 1 25 a 50 años	Grupo 2 51 a 80 años			
Estilos de afrontamiento	1		79	2.08	.039*
	2		31		
Depresión	1		45.27	.892	.3734
	2		43.70		

*.05

Diferencias por estatus operatorio

Se buscaron diferencias dadas por el estatus operatorio, es decir entre mujeres mastectomizadas y no mastectomizadas en la muestra total, respecto de los estilos de afrontamiento que emplean y la depresión que desarrollan estas mujeres; para lo cual también se corrió una t de student para muestras independientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, (tabla3).

Tabla 3 Resultados de las diferencias dadas por el tratamiento respecto de los estilos de afrontamiento y la depresión.

	Estatus operatorio	x	t	p
Estilos de afrontamiento	mujeres operadas	107.50	-.572	.568
	mujeres no operadas	109.46		
Depresión	mujeres operadas	44.49	-.521	.603
	mujeres no operadas	45.33		

Diferencias por tratamiento y edad, respecto de los factores de las escalas de estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva.

Se corrió una t de student para muestras independientes, para determinar las diferencias significativas dadas por el tratamiento y la edad, con respecto a cada uno de los factores de las escalas de estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva.

A continuación se presentan los resultados encontrados en cada una de las escalas.

Factores de la escala de estrategias de afrontamiento determinados por la edad

A) *Reevaluación positiva*: para este factor se encontró una diferencia significativa dada por el grupo de mujeres de menor edad, con una ($x=49.29$), ($t=2.163$) y ($p=.033$), para las mujeres del grupo de mayor edad se encontró ($x=45.90$).

B) *Apoyo profesional*: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

C) *Autocontrol*: En este factor se encontraron diferencias significativas, con ($x=14.34$), ($t=2.394$) y ($p=.018$) las cuales se deben al grupo de mujeres de menor edad. En las mujeres mayores se encontró: $x=12.32$

D) *Apoyo social*: no se demuestran diferencias significativas entre los grupos.

E) *Resignación*: en este factor se encontraron diferencias significativas en el grupo de mujeres menores las que reportan ($x=3.91$), ($t=2.993$) y ($p=.003$). Para el grupo de mujeres mayores se obtuvo ($x=5.13$) (tabla 4).

Tabla 4 Resultados de los factores de la escala de estilos de afrontamiento determinados por la edad

Factores de la escala de Estilos de afrontamiento	Edad		x	t	p
	Grupo 1 25 a 50 años	Grupo 2 51 a 80 años			
Reevaluación positiva	1	49.29	2.163		.033*
	2	45.90			
Apoyo profesional	1	14.73	1.513		.137
	2	13.65			
Autocontrol	1	14.34	2.394		.018*
	2	12.32			
Apoyo social	1	18.87	.897		.372
	2	8.32			
Resignación	1	3.91	-2.993		.003*
	2	5.13			

*.05

Factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por la edad

A) *Actividad retardada y somatización*: No existen diferencias significativas, entre el grupo de mujeres mayores y el grupo de mujeres menores.

B) *Afecto negativo*: No se encontraron diferencias significativas para este factor, entre las mujeres mayores y las menores.

C) *Aislamiento*: Para este factor no se encuentran diferencias significativas, entre los grupos (tabla 5).

Tabla 5 Resultados de los factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por la edad

Factores de la escala de Sintomatología depresiva	Edad		x	t	p
	Grupo 1 25 a 50 años	Grupo 2 51 a 80 años			
Actividad retardada y somatización	1	21.57	21.03	.407	.684
	2	21.03			
Afecto negativo	1	16.24	15.32	1.756	.082
	2	15.32			
Aislamiento	1	5.01	4.71	.722	.472
	2	4.71			

Factores de la escala de estrategias de afrontamiento determinados por el tratamiento

A) *Reevaluación positiva*: no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de mujeres no operadas (no mastectomizadas) y el grupo de mujeres operadas (mastectomizadas).

B) *Apoyo profesional*: no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, de mujeres operadas y no operadas.

C) *Autocontrol*: En este factor no se indican diferencias significativas entre los dos grupos.

D) *Apoyo social*: La prueba no demostró diferencias significativas entre los grupos; de mujeres mastectomizadas y no mastectomizadas.

E) *Resignación*: en este factor no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, de mujeres operadas y mujeres no operadas (tabla 6).

Tabla 6 Resultados de los factores de la escala de estilos de afrontamiento determinados por el tratamiento.

Factores de la escala de Estilos de afrontamiento	Tratamiento		x	t	p
	Grupo 1 mujeres operadas	Grupo 2 mujeres no operadas			
Reevaluación positiva	1		48.20		
	2		48.53	-.245	.807
Apoyo profesional	1		14.17	-1.066	.289
	2		14.80		
Autocontrol	1		13.49	-.869	.387
	2		14.18		
Apoyo social	1		8.71	-.045	.964
	2		8.73		
resignación	1		4.22	-.247	.805
	2		4.31		

Factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por el tratamiento

A) *Actividad retardada y somatización*: No existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres operadas y mujeres no operadas.

B) *Afecto negativo*: No se encontraron diferencias significativas en este factor, entre el grupo de mujeres mastectomizadas y no mastectomizadas.

C) *Aislamiento*: En este factor se encontraron diferencias significativas, el grupo de mujeres no operadas produce las diferencias, para ellas se encontró una $x= 5.44$, $t=-2.213$ y $p=.030$, lo que indica que el grupo de mujeres no operadas, tiene en mayor medida problemas de relaciones interpersonales como: sentirse solas, sentir que a la gente no les caen bien y sentir que la gente no es amigable, comparadas con las mujeres operadas, para las que se encontró ($x=4.57$) (tabla 7).

Tabla 7 Resultados de los factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por el tratamiento

Factores de la escala de Sintomatología depresiva	Tratamiento		x	t	p
	Grupo 1 mujeres operadas	Grupo 2 mujeres no operadas			
Actividad retardada y somatización	1		21.42	-.006	.995
	2		21.42		
Afecto negativo	1		16.03	.247	.806
	2		15.91		
Aislamiento	1		4.57	2.213	.030*
	2		5.44		

*.65

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Para la realización de este estudio se tomó una muestra, la cual estuvo compuesta por 110 mujeres con cáncer de mama. Se formaron dos grupos de edad, el primer grupo conformado por mujeres de 25 a 50 años, el que representa el 72% de la muestra total, el segundo grupo formado por mujeres de 51 a 80 años representando el 28% de la muestra. El que se haya elegido tomar la muestra a partir de los 25 años de edad en adelante se fundamenta en el hecho de que el cáncer de mama comienza a partir de los 25 años y se agrava con la edad, alcanzando su máximo a los 70 años y más (RHNM, 2000).

Hossfeld (1992) señala al respecto, que el riesgo de enfermedad, se eleva en los grupos de mayor edad, porque han estado expuestos durante más tiempo a los carcinógenos. Según datos epidemiológicos del RHNM, (2000) se tiene que el grupo más vulnerable y que registra más defunciones, con un porcentaje del 47% es el de mujeres entre los 45 a los 64 años de edad.

El que la muestra se haya dividido en dos grupos de edad, fue con el propósito de conocer, si la edad es un factor que influya de manera importante, en el tipo de afrontamiento con el que responden las mujeres y la depresión que desarrollan.

En lo que se refiere al tratamiento, se dividió la muestra en mujeres que fueron tratadas con cirugía (mastectomía) y aquellas que no recibieron este tratamiento, encontrando que el 59% de las mujeres de la muestra total habían sido sometidas a cirugía, no así el 41% restante. Ambas clasificaciones se llevaron a cabo con el objeto de conocer si factores como la edad y el tratamiento a los que son sometidas las mujeres con cáncer de mama, influyen en su forma de enfrentar la enfermedad y la depresión que desarrollan, ya que estos factores pueden ser capaces de alterar el curso de la enfermedad oncológica.

Se debe tener presente que el cáncer de mama es un padecimiento, que ocupa el segundo lugar como causa de muerte en mujeres mexicanas (Programa de acción contra el cáncer de mama 2000), razón por la cual un diagnóstico positivo a esta enfermedad genera un fuerte impacto psicológico, puesto que implica miedo a la propia enfermedad, a los tratamientos y a los efectos secundarios de estos (Hossfeld, 1992). Todos estos factores afectan las relaciones personales, la vida familiar, laboral, social y la imagen de las pacientes, provocando estrés profundo, el cual es capaz de desencadenar una depresión severa (Asato, 1990); no obstante el factor emocional, es solo uno de los factores que influyen en la enfermedad médica, ya que existen otros como los estilos de afrontamiento que también influyen directamente en el padecimiento (Rosenzweig y Leiman, 1992).

Por otra parte, el impacto psicológico que provoca el cáncer de mama, va a depender del significado que las mujeres le den a su cuerpo, que puede ser de feminidad, atracción y sexualidad entre otros; por lo tanto el impacto psicológico a un diagnóstico positivo de cáncer de mama, aunque es profundo va a variar entre

las mujeres de acuerdo a factores educacionales, culturales, demográficos (edad), sociales y económicos; sin embargo, el impacto emocional que provoca esta neoplasia es profundo porque tiene consecuencias físicas que son visibles, como por ejemplo después de una mastectomía la cual supone el deterioro de la imagen corporal (Salazar, 2000). Por esto, las reacciones emocionales que se presenten van a estar determinadas por el significado que la paciente le da a la enfermedad y por la representación real y simbólica que para la mujer tenga el órgano afectado (Bellak, 1965).

Es así que la mujer va a responder a la enfermedad activando sus estrategias de afrontamiento y las respuestas van a ser diferentes según la manera como cada mujer perciba y le dé significado a su padecimiento.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2001), factores psicológicos como una depresión mayor y estilos de afrontamiento inadecuados pueden afectar el curso de la enfermedad o interferir con el tratamiento. Todo esto lleva a la necesidad de realizar este estudio, para evaluar los factores psicológicos que se relacionan de forma directa con la enfermedad oncológica.

Los resultados de esta investigación se discuten en este capítulo, partiendo de la aplicación de las escalas de medición, sobre estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama y la escala de sintomatología depresiva.

Se analizan las relaciones encontradas entre las variables; así como las diferencias de los factores de cada escala encontradas en los diferentes grupos (edad y estatus operatorio).

Al realizar el análisis de correlación para determinar las relaciones entre los estilos de afrontamiento y la depresión en esta población, se encontró que existe una correlación negativa entre estas variables, la cual indica que las mujeres con cáncer de mama que desarrollan mayor sintomatología depresiva, tienen estrategias de afrontamiento inadecuadas. Este hallazgo es importante, puesto que existe evidencia que mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que tienen elevados niveles de ansiedad y depresión, adoptan estilos de afrontamiento negativos y enfocados a la emoción, como la evitación, interfiriendo en el afrontamiento que va dirigido al problema y en la adaptación positiva a la enfermedad (Zhao, Wu, He, Zhu, Fan, Zou, Si, Lian, 2001). Otra investigación demuestra que los estilos de afrontamiento inadecuados, por estar únicamente dirigidos a la emoción, influyen en los estados de ansiedad y en el desarrollo de la depresión (Absetz, Aro, Sutton, 2002).

Al respecto la Asociación Psiquiátrica Americana (2001), menciona que la depresión puede ser capaz de influir de forma negativa en el estado físico de las mujeres con cáncer de mama, puesto que incapacita a las enfermas alterando el curso y el tratamiento de la enfermedad, ya que las mujeres deprimidas presentan una adherencia terapéutica reducida, provocada por su apatía y desmotivación. Por otro lado los estilos de afrontamiento inadecuados, como un estilo de afrontamiento represivo, puede retrasar la toma de decisión respecto del tratamiento a seguir. Las estrategias de afrontamiento inadecuadas por dirigirse

solo a la emoción aún cuando disminuyen el trastorno emocional, evitan que las personas hagan frente a su problema de un modo realista (Lazarus y Folkman, 1991).

Posteriormente a través de la *t* de student se buscaron diferencias determinadas por la edad en los estilos de afrontamiento y la depresión, para esta población.

En los estilos de afrontamiento, se observaron diferencias, encontrando que el grupo de mujeres de menor edad, despliega mejores estrategias de afrontamiento, comparadas con el grupo de mujeres mayores.

Los estudios realizados de afrontamiento y su relación con la edad como el de (Lazarus y Folkman, 1991) indican que las formas de afrontar de las personas mayores son semejantes a las de los individuos jóvenes, no obstante mencionan que las formas de afrontar de adultos y jóvenes van a variar de acuerdo a las creencias y compromisos de cada persona en particular, es decir que durante el transcurso de la vida y de acuerdo a la edad de cada persona se asumen diferentes creencias y compromisos. Las creencias de los individuos influyen en la evaluación de la situación estresante (en este caso la enfermedad) y determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno y les confieren significado, por su parte los compromisos expresan lo que es importante para las personas, la intensidad con que la gente se involucre en sus compromisos, puede hacer vulnerable a la persona, como también puede impulsarle a llevar a cabo conductas que reduzcan la amenaza y le ayuden a desarrollar estrategias de afrontamiento para resolver el problema. Los compromisos implican entonces una capacidad motivadora, por lo tanto en casos de enfermedad amenazante, serán los compromisos particulares los que determinen el afrontamiento de los individuos, para algunos serán compromisos, con su trabajo, con el deseo de vencer la enfermedad, etc. Esto probablemente explica el hecho, de que las mujeres menores desplieguen mejores estrategias de afrontamiento, puesto que tienen compromisos familiares más fuertes al tener una familia con hijos pequeños a los cuales no desean abandonar y/o proyectos de vida que no desean dejar inconclusos. Estos resultados son importantes, ya que sugieren el uso de estrategias de afrontamiento que permitan mantener estados de ánimo positivos, que ayuden a las mujeres a adaptarse y sobrellevar mejor la enfermedad.

Por otra parte, no se observaron diferencias en la depresión determinadas por la edad en ésta muestra, para apoyar este resultado, se encontró un estudio que realizaron Laupic, Thorfiell, Bergh, (2001), para investigar las consecuencias psicológicas que implicaba llevar a cabo exámenes exhaustivos para cáncer de mama, después de haber realizado mamografías a dos grupos de mujeres. Días después de haber realizado la mamografía, en el grupo de mujeres al que se le dio resultados normales o benignos, la ansiedad y la depresión disminuyeron, mientras en el grupo de mujeres derivado a la práctica de biopsias, la ansiedad y la depresión se mantuvieron en niveles altos. Estos resultados demuestran efectos adversos a corto plazo, provocados por un retraso al recibir la información acerca del diagnóstico; las variables que se manejaron en esta investigación fueron, edad, estado civil, ocupación y antecedentes familiares de cáncer y los resultados indican que no se encontraron diferencias significativas en las tasas de ansiedad y

depresión entre los grupos de mujeres con respecto a las variables edad e historia de cáncer familiar. En otro estudio llevado a cabo por Van-Heeringen, Van-Moffaert, De Cupiere, (1990) para conocer el grado de depresión que sufrían las mujeres con cáncer de mama y los tratamientos que esta enfermedad implica, se encontró que la forma como se distribuye la depresión es igual en todas las mujeres y lo que determina la aparición de esta, es la confrontación con el diagnóstico al cáncer de mama. Al respecto de esto Berenjena (2003) señala que la mujer desarrolla depresión generalmente cuando conoce el diagnóstico, cuando sufre una recaída o cuando se le detecta metástasis, así como también cuando existen antecedentes de este padecimiento en la familia y más aún si el familiar ha muerto, lo cual es independiente de la edad de las pacientes.

Todo lo anterior probablemente encuentra apoyo en el enfoque cognitivo conductual que señala que síntomas mentales como la depresión, se desprenden en parte de los pensamientos, ideas, sensaciones y comportamientos de las personas (National Cancer Institute 2003).

Para buscar las diferencias dadas por el tratamiento en las variables estilos de afrontamiento y depresión, se corrió una *t* de student para muestras independientes y no se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables, en esta población. Sin embargo es interesante señalar que se esperaba encontrar diferencias, puesto que un padecimiento crónico como el cáncer es percibido por las pacientes como un presagio de muerte o un camino que lleva a ella, además en este padecimiento se presenta una actitud sobresaliente en las enfermas, el miedo, miedo al dolor, a que la enfermedad sea fatal, a los tratamientos y a los efectos secundarios de los mismos, todo esto conlleva cambios importantes en la imagen corporal, dichos cambios pueden presentarse de forma inmediata o tardía y ser transitorios o permanentes; entre estos cambios se encuentran la retracción o infección en la piel, así como el cambio en su coloración, aumento de la temperatura, escalofríos, mialgias, fatiga, anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso y caída del cabello, entre otros (Hossfeld, 1992). Asimismo un padecimiento como el cáncer aumenta la probabilidad de remoción quirúrgica del órgano afectado, es así como estos efectos secundarios conllevan cambios importantes en la imagen corporal (Cuello, 1999), lo cual provoca que la mujer entienda la enfermedad como un ataque a sus esquemas de conocimiento, los que se relacionan con el modo habitual del funcionamiento del propio cuerpo.

Las mujeres que enferman de cáncer de mama, viven entonces una muerte psicosocial; psicológica porque existe pérdida de una parte del Yo y todo lo que esta implica y social porque al enfermar las mujeres pierden su estatus social, y la pertenencia al grupo, puesto que los cambios que provocan la enfermedad y sus tratamientos como la mastectomía, provocan que esta sea percibida como el deterioro de la individualidad y la autonomía además de provocar en la mujer pensamientos de ser una carga económica, social y familiar (Salazar, 2000).

No obstante se puede entender que cada mujer reacciona activando diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales condicionan la depresión que desarrollan,

aún cuando la enfermedad tenga las mismas características, ya que esta es una experiencia muy subjetiva que cada mujer vive de manera diferente.

Al respecto se realizó una investigación con pacientes de cáncer de mama y se encontró que la experiencia y los conocimientos de los factores de riesgo de esta enfermedad, inflúan sobre la percepción de la misma pero no sobre la ansiedad y la depresión, sino que eran las estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción las que influyen de forma directa en los estados de ansiedad y el desarrollo de la depresión (Absetz, Aro, Sutton, 2002).

Es importante señalar también que las estrategias de afrontamiento de que hacen uso las pacientes y la depresión que se desarrolle o no, varían de una mujer a otra, ya que estarán determinadas por las características propias de cada mujer, como la edad, el estado civil, el vínculo de pareja si lo hay y la situación emocional previa a la enfermedad (Cuello, 1999). Al respecto Berenjena (2003) explica que el hecho de que una mujer haya padecido cuadros depresivos anteriores, la predispone a desarrollarlos nuevamente, pues el conocer la sintomatología de la enfermedad depresiva es factor de riesgo para estimular nuevamente esos sentimientos. Por otra parte señala que el deterioro físico que sufren las pacientes las lleva a sentirse poco femeninas y por consecuencia las imposibilita para mantener relaciones afectivas, lo cual tiene repercusión directa en su vida social y sexual.

El hecho de que en esta investigación no se hayan encontrado diferencias se debe probablemente, a que las mujeres son las que dan el significado al hecho de estar mastectomizadas o no estarlo, lo que puede estar determinado por la importancia que para cada una de ellas tenga su imagen corporal, sus creencias o compromisos; y no el tratamiento al que hayan sido sometidas, de acuerdo a esto las pacientes van a desplegar estrategias de afrontamiento diferentes, las cuales van a estar relacionadas con la depresión que desarrollen o no.

Para establecer las diferencias de los factores de las escalas de estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva determinadas por la edad y el tratamiento, se corrió una t de student para muestras independientes, encontrando los siguientes resultados.

En la escala de estrategias de afrontamiento se encontraron diferencias determinadas por el grupo de mujeres menores en los siguientes factores:

Factor de reevaluación positiva, indica que estas mujeres reevalúan mejor su situación, puesto que tienen un manejo positivo de las emociones causadas por la enfermedad, ven lo positivo del problema, se permiten crecer como personas positivamente, buscan hacer algo creativo, tienen fe y esperanza en la vida, externalizan sus emociones, son optimistas y luchan por lo que quieren, para salir de la experiencia mejor que cuando entraron.

Factor de autocontrol, aquí las diferencias señalan que las mujeres jóvenes manifiestan mayor autocontrol ante la enfermedad, realizan planes de acciones,

hacen ejercicio, meditan, buscan nuevas alternativas de curación y evitan situaciones estresantes.

Factor de resignación, nos dice que en mayor medida, este grupo de mujeres se resigna a la enfermedad positivamente y se prepara para morir.

Todo lo anterior en comparación con el grupo de mujeres mayores.

Quizá no sea tan sorprendente que el grupo de mujeres menores, lleve a cabo una mejor evaluación de su enfermedad y por consecuencia desplieguen mejores estrategias de afrontamiento, puesto que la fuerza y el significado de la situación estresante, está determinado en gran medida por los compromisos y las creencias positivas de las personas, los cuales son recursos psicológicos que ayudan a enfrentar la adversidad (Lazarus y Folkman, 1991). Es así como los compromisos deciden las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos. Por ejemplo Koenig (1973) (citado en Lazarus y Folkman, 1991) menciona que el compromiso con la vida no es la principal preocupación de los que temen morir; sino que la dependencia, la separación, el aislamiento, el dolor, la deformación física, el miedo al abandono, el fracaso en lograr objetivos importantes en la vida son compromisos que afectan a estas personas de manera muy desigual. De acuerdo con esto Kieley, (1972) menciona que la interpretación personal que la paciente hace de su enfermedad, viene determinada por las consecuencias que esta tenga para sí misma, su familia, actividades y metas. King y Sorrentino (1983) (citados por Lazarus y Folkman 1991), demostraron que las discrepancias en la forma como los individuos evalúan sus situaciones, se deben a las diferencias individuales en cuanto a la importancia otorgada a los diferentes aspectos de las mismas y la importancia que se otorga a estas es reflejo de los valores y los compromisos, los cuales determinan la sensibilidad del individuo, hacia esos aspectos o áreas particulares de la situación. Por otra parte y en relación a esto, Cuello, (1999) comenta que las mujeres jóvenes tienen compromisos mayores, puesto que tienen hijos pequeños a los que no desean dejar solos y/o familia que pueda necesitarlas, así como tampoco desean dejar inconclusos sus metas o proyectos de vida.

Cabe señalar aquí que los compromisos influyen en la evaluación, mediante la relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo, esta relación es de naturaleza bipolar; por un lado el potencial de una situación por ser psicológicamente perjudicial o amenazante depende de manera directa de la intensidad del compromiso, pero también esta intensidad es capaz de impulsar al individuo a disminuir la amenaza y ayudarlo a utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a los obstáculos que se presenten (Lazarus y Folkman, 1991).

Es debido a esto posiblemente que las mujeres del grupo de menor edad, desplieguen mejores estrategias de afrontamiento.

En cuanto a los factores de apoyo profesional y apoyo social no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Para la escala de sintomatología depresiva no se encontraron diferencias en sus factores determinados por la edad. Los factores de esta escala son actividad retardada y somatización, afecto negativo y aislamiento.

Para los factores de la escala de estrategias de afrontamiento que son reevaluación positiva, apoyo profesional, autocontrol, apoyo social y resignación, no se encontraron diferencias significativas determinadas por el tratamiento.

Como anteriormente se expuso, esto puede explicarse sobre la base de que la respuesta que se emita ante la enfermedad, no es la misma en todas las mujeres, puesto que esta respuesta, va a estar determinada por las diferencias individuales, las que son responsables de darles fuerza y significado a todas las situaciones estresantes; además por medio del proceso de evaluación cognitiva, las mujeres van a determinar porqué y hasta qué punto un estímulo es estresante en mayor o menor medida y de acuerdo a esto harán uso de sus estrategias de afrontamiento. De tal manera que el tipo de tratamiento no influye en el uso de las estrategias de afrontamiento, sino la evaluación que se hace de la situación de estar mastectomizada o no estarlo y del significado real y simbólico que para la mujer tengan sus mamas.

En los factores de la escala de sintomatología depresiva determinados por el tratamiento no se encontraron diferencias, con excepción del factor de aislamiento, donde las diferencias estuvieron determinadas por el grupo de mujeres no operadas, esto indica que estas mujeres tienen problemas de relaciones interpersonales, se sienten solas, sienten no caerle bien a la gente y piensan que la gente no es amigable, en comparación con las mujeres operadas.

Esto tal vez se explica por el hecho de que otros tratamientos diferentes a la mastectomía, como la radioterapia y la quimioterapia, tienen efectos secundarios que provocan daños visibles a la imagen de la paciente, los cuales son difíciles de ocultar, como adelgazamiento, cambios en la textura de la piel y en su coloración pérdida del cabello, náuseas, vómitos y cansancio entre otros, todo este deterioro físico provoca la imposibilidad en las pacientes para mantener relaciones afectivas, lo cual repercute en la vida social, familiar, laboral y sexual y como consecuencia estas mujeres evitan las relaciones con los demás (Berenjena, 2003).

En los factores de actividad retardada y somatización, así como en el de afecto negativo, no se encontraron diferencias significativas dadas por el tratamiento, entre las mujeres de esta población, que fueron sometidas a cirugía y aquellas que no recibieron este tratamiento.

Aunque se esperaba encontrar diferencias, ya que como se ha expuesto anteriormente los efectos secundarios que provoca el tratamiento son numerosos y dañan la autoestima y la percepción que la paciente tiene de sí misma y se pueden constituir como desencadenantes de la sintomatología depresiva. Más aún cuando en nuestra sociedad es muy importante el significado de las mamas, porque viene relacionado con el rol de ser madre (lactancia), con la atracción, la

belleza, el erotismo, etc. De tal manera que cuando a una mujer sufre de una amputación provocada por una mastectomía, esta trae consigo el deterioro de la imagen corporal, provocando que la mujer se sienta incompleta y piense que ha perdido su belleza, su capacidad de seducción, su atractivo sexual e inhiba la capacidad de ser madre (Salazar, 2000).

No obstante, a lo arriba señalado existen investigaciones que apoyan los resultados encontrados en la presente investigación. Van-Heeringen Van-Moffaert, De Cupiere, (1990) realizaron un estudio para conocer el grado de depresión entre mujeres que habían sufrido una mastectomía y aquellas a las que se les practicó una lumpectomía (cirugía donde extirpa el tumor y que por lo regular respeta el tamaño y la forma de la mama), encontrando que la distribución de la depresión fue igual en ambos grupos. Apoyando con esto la hipótesis, de que la confrontación con el resultado potencialmente mortal del diagnóstico positivo al cáncer de mama, es decisivo para desencadenar la depresión, dejando evidencia que el tratamiento que reciben las mujeres es independiente del desarrollo de la depresión.

Hjerl (2003) analizó los efectos de la depresión en más de 20.500 enfermas de cáncer de mama encontrando que se presenta depresión antes del diagnóstico y posterior a este, la cual provoca un mayor riesgo de mortalidad, entre estas mujeres, aunque comenta que la depresión es independiente de la edad de la paciente o del tratamiento que esté recibiendo contra el cáncer.

Es así como el análisis de los resultados de éste trabajo , permitió establecer la correlación entre las variables, así como también establecer algunas diferencias entre las mismas; ya que no se comprobaron todas las hipótesis planteadas.

El estudio permitió establecer la correlación existente entre las variables estrategias de afrontamiento y depresión de la muestra total, encontrando que las mujeres con cáncer de mama que utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas, desarrollan mayor sintomatología depresiva, lo que lleva a concluir que para que estas mujeres tengan una adaptación positiva a la enfermedad, es necesario ofrecerles un tratamiento integral que incluya el apoyo psicológico, además de la implementación por medio de talleres del uso de estrategias de afrontamiento adecuadas.

Asimismo el hecho de haber encontrado diferencias en el afrontamiento en el grupo de mujeres jóvenes, de esta muestra, indica que ellas hacen uso de estrategias adecuadas en los factores de reevaluación positiva, autocontrol y resignación, esto es muy importante, puesto que estos factores se vinculan directamente con la sintomatología depresiva y por lo tanto el que se haga uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, reduce el riesgo de desarrollar un cuadro depresivo.

Por otra parte no se encontraron diferencias dadas por el tratamiento en las estrategias de afrontamiento y en la depresión, así como tampoco hubo diferencias en la depresión determinadas por la edad, a excepción del factor de aislamiento para esta escala.

Todo esto es muy importante porque permite concluir que las estrategias de afrontamiento, son el factor crítico durante el proceso de enfermedad, por lo que se sugiere implementar el uso de intervenciones psicológicas individuales y grupales, donde se entrene a las pacientes en el uso de estrategias mixtas que vayan dirigidas tanto al control emocional, como al afrontamiento activo del problema, para que estas mujeres logren una adaptación positiva a su enfermedad, a los tratamientos y a su nuevo estilo de vida, el cual involucra las esferas familiar, social y laboral; para que puedan sobrellevar de una manera positiva una enfermedad tan devastadora como el cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

- Absetz, Pilvikki., Aro, Arja R., y Sutton, Stephen R. (2002). Factors associated with breast cancer risk perception and psychological distress in a representative sample of middle-aged Finnish women. *Anxiety, Stress, & Coping*. **15(1)**, 61-73.
- Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol.8 p.141-156. www.alcmeon.com.ar/- La depresión en cáncer de mama.
- Alfaro, M. (2001). Estilos de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales. **Tesis de Doctorado**. Facultad de Psicología, UNAM.
- Alfici, H. (2001). [http:// alipso.com/monografias/patologia](http://alipso.com/monografias/patologia) **Aspectos históricos de la patología**.
- Anderson (1988). En Pastrana, D. (1988). Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en el paciente pediátrico. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología, UNAM.
- Antonym, Michael H., Lehman, Jessica M., Klibourn, Kristin M., Boyers, Amy E., Culver, Jenifer L., Aferi, Susan M., Yount, Susan E., McGregor, Bonnie A., Astin, John A., Anton-Culver, Hoda., Schwartz, Carolyn E., Shapiro, Deane H., McQuade, Jim., Breuer, Anne Marie., Taylor, Thomas H., Lee, Hang., y Kurosaki, Tom. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of balancing control coping styles. *Behavioral Medicine*. **25(3)**, 101-109.
- Arieti, S. (1993). **Psicoterapia de la depresión**. Paidós, México.
- Arraztoa, J. (1997). **Cáncer: diagnóstico y tratamiento**. Publicaciones técnicas Mediterráneo, Santiago, Chile.
- Asato, B. (1990). La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología, UNAM.
- Asociación Argentina del Cáncer. <http://www.asarca.org.ar> Harold, V. y Michael, B. (1975). **Génesis del cáncer**.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2001). [http:// www.cuerpocanibal.com.ar/textos](http://www.cuerpocanibal.com.ar/textos)
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2001). [http:// www.cuerpocanibal.com.ar/textos](http://www.cuerpocanibal.com.ar/textos) Cooper (1999).
- Astin, John A., Anton-Culver, Hoda., Schwartz, Carolyn E., Shapiro, Deane H., McQuade, Jim., Breuer, Anne Marie., Taylor, Thomas H., Lee, Hang., y Kurosaki, Tom. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The

importance of balancing control coping styles. **Behavioral Medicine**. 25(3), 101-109.

Bayes, R. (1984). **Psicología oncológica**. Martínez Roca, S.A. Barcelona, España.

Bayes, R. (1995). En González, B. et al (1996). **Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer**. Panamericana, Madrid, España.

Bellak, L. (1965). **Psicología de las enfermedades orgánicas: Introducción a la medicina psicosomática**. Paidós, Buenos Aires.

Bertino, R. (1984). En Harrison., Thom, G. Adams, R. Braunwald, E., Isselbacher, K., y Petersdorf, R. (1984). **Medicina Interna II**. La Prensa Médica Mexicana, México.

Bleger, L., Bleger, J., y Shalvelzon, J. (1978). **Psicología y Cancer**. Paidós, Buenos Aires.

Bonnaud, A., Chabrol, H., Doron, J., Lakdja, F., Swendsen, J.-D., y Sztulman, H. (2000). Reactions cognitivo-emotionnelles a la douleur postoperative dans le cadre du cancer du sein. **Annales Medico-Psychologiques**. 158(7), 549-557.

Bonnaud, Angélique., Chabrol, Henri., Doron, Jack., Lakdja, Fabrice., Swendsen, Joel David., y Sztulman, Henri. (2002). Reactions anxio-depressives face au syndrome douloureux post-mastectomie. **Bulletin de Psychologie**. 55(4), 373-379.

Brainsky Lerer, Simon. (1997). Personality structure in patients with breast cancer: IV. Depression and cancer: A comparison. **Revista Colombiana de Psiquiatría**. 6(3), 255-273.

Bureos, P. B. (1995). Una propuesta terapéutica para mujeres mastectomizadas o con diagnóstico de cáncer mamario. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología, UNAM.

Calderón, N. (1979). **Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento**. Trillas, México.

Compas (1987). En Pastrana, D. (1988). Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en el paciente pediátrico. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología, UNAM.

Cortes, C., y Sánchez, G. (2002) <http://www.alcazaba.unex.es/alvical/magisterio>
Consolidar la imagen de sí mismo: La autoestima.

Cortinas, C. (1990). **Cáncer: herencia y ambiente**. Fondo de Cultura Económica, México, D. F.

Cousson[Mazl]-Gelie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: A semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology*. 50(3), 315-320.

Depue, Monroe y Schachaman, (1989). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Desai, Mayur M., Bruce, Martha Livingston., y Kasl, Stanislav V. (1999). The effects of major depression and phobia on stage at diagnosis of breast cancer. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 29(1), 29-45.

Diario El mundo España. <http://www.unsl.edu.ar> Hjerl. Et all (2003). **Efectos de la depresión en enfermas con cáncer de mama**.

Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición, (2001). <http://buscon.rae.es/diccionario/dra.htm>. **El castellano**.

Dill (1980). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Dirección de vigilancia Epidemiológica. <http://www.epi.org.mx> **Registro Histopatológico de neoplasias malignas (2000)**.

Downie, N. M.; y Heath, R.W. (1983). **Métodos estadísticos aplicados**. Harla, México.

Elliot,G., y Eisdofer, C. (1982). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Engel (1968). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Escuela Privada de Psiquiatría Social. <http://www.espiraldialectica.com.ar> Fabris,F. (2001). **Esquema corporal**.

Etapé, J., y Doménech, M. (1992) **Enfermería y Cáncer**. Doyma, S.A. Barcelona, España.

Familia y empresa consultores. <http://www.fec.com.mx> Martínez, C. (2002). **La formación de la autoestima en niños y adolescentes**.

Florez, L. (1994). **La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos**. EDIKA-MED, Barcelona

Folkman, S., y Lazarus, R. (1980). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Gall, Terry Lynn., y Comblat, Mark W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. **Psycho-Oncology**. **11(6)**, 524-535.

Griffiths, M., Murriat, K., y Russo, P. (1988). **Oncología básica: Fisiopatología, evaluación y tratamiento**. La Prensa Médica Mexicana, México.

Harrison., Thom, G. Adams, R. Braunwald, E., Isselbacher, K., y Petersdorf, R. (1984). **Medicina Interna II**. La Prensa Médica Mexicana, México.

Hemán San Martín (1983). **Salud y Enfermedad**. La Prensa Médica Mexicana, México.

Hess, Noel. (1995). Cancer as a defence against depressive pain. **Psychoanalytic Psychotherapy**. **9(2)**, 175-184.

Hidalgo, S. (1998). La depresión desde diferentes perspectivas teóricas. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología, UNAM.

Hjerl, Karen., Andersen, Elisabeth W., Keiding, Niels., Mouridsen, Henning T., Mortensen, Preben B., y Jorgensen, Torben. (2003). Depression as a prognostic for breast cancer mortality. **Psychosomatics**. **44(1)**, 24-30.

Holland, Kathleen Dukes., y Holahan, Carole K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. **Psychology & Health**. **18(1)**, 15-29.

Hossfeiff, D. K. (1992). **Manual de oncología clínica**. Doyma, S.A. Barcelona, España.

<http://www.omega.ilce.edu.mx/ciencia/vol.3> **Fármacos usados en trastornos afectivos: Las emociones anormalmente intensas**.

Instituto Alexander Fleming. <http://www>. Cuello, G.(1999). **Problemas afectivos y psicológicos frecuentes**.

Johnson Vickberg, Suzanne M. (2001). Fears about breast cancer recurrence: Interviews with a diverse sample. **Cancer Practice**. **9(5)**, 237-243.

Kaplan, H., y Sadock, B. (1987). **Compendio de Psiquiatría**. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España.

- Kim, Youngmee., Valdimarsdottir, Heiddis, B., y Bovbjerg, Dana H. (2003). Family Histories of Breast Cancer, Coping Styles, and Psychological Adjustment. **Journal of Behavioral Medicine**, 26, 225-243.
- Klass (1981). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.
- Klein, Karen., y Bell, Michele. (1999). Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: Pilot study of a group intervention. **American Journal of Psychiatry**. 156(10), 1644-1645.
- Klinger (1977). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.
- Kluber-Ross. (1970,1988). En Alfaro, M. (2001). Estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales. **Tesis de doctorado**. Facultad de Psicología, UNAM.
- Klusek, H. , y Bowen, R. (1986). **Enfermedades neoplásicas**. Editorial Científica, S.A. México.
- Koenig. (1973). En Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.
- Krantz, y Glass.(1984). En Rosenzweig, M., y Leiman, A. (1992). **Psicología fisiológica**. Mac Graw-Hill, España.
- Laupic, E.; Thorfiell, S.; Bergh, P.(2001). Ansiedad y depresión a corto y largo plazo en mujeres contactadas después de un screening de cáncer de mama. **European Journal of cancer**. 1, 337-343.
- Lazarus, R., y Cohen. (1977). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.
- Ledesma, A., y Melero, L. (1999). **Estudios sobre las depresiones**. Universidad de Salamanca.
- Lewinshon. (1974). En Ledesma, A., y Melero, L. (1999). **Estudios sobre las depresiones**. Universidad de Salamanca.
- Lipowski (1970, 1971). En Pastrana, D. (1988). Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en el paciente pediátrico. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología, UNAM.

López, B., y De la Cruz, S. (1994). La depresión en personas con cáncer de mama en función del tiempo de diagnóstico. **Seminario de Tesis de Licenciatura**. Centro Cultural Universitario, "Justo Sierra".

López, L., y González, S. (1999). **Manual de oncología clínica**. Secretariado de publicaciones e intercambio científico, Universidad de Valladolid.

López, O. (1999). <http://www.farmaindustria.es/farma> **El problema del cáncer desde una perspectiva evolutiva**. Siglo XXI, Desafíos científicos y sociales. Vol. 1. p. 50.

Luecken, Linda J., y Compas, Bruce E. (2002). Stress, coping, and immune function in breast cancer. **Annals of Behavioral Medicine**. 24(4), 336-344.

Maguire, Peter., Hopwood, Penelope., Tarrier, Nicholas., y Howell, Tony. (1985). Treatment of depression in cancer patients. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 72, 81-84.

Matos, E., Loria, D. (2003). <http://www.ciencia-hoy.retina.ar/hoy74/epidemiología> **Epidemiología del cáncer**. Ciencia Hoy. Vol.13 p. 24.

Mc Crae (1982). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

McCaul, Kevin D., Sandgren, Ann K., King, Brenda., O'Donnell, Susan., Branstetter, Ann., y Foreman, Greg. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. **Psycho-Oncology**. 8(3), 230-236.

Mendels, J. (1977). **La depresión**. Herder, Barcelona.

Menninger (1963), y Shapiro (1965). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Montazeri, Ali., Jarvandi, Soghra., Haghghat, Shahpar., Vahdani, Mariam., Sajadian, Akram., Ebrahimi, Mandana., y Haji-Mahmoodi, Mehregan. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. **Patient Education & Counseling**. 45(3), 195-198.

Murphy (1962,1974). Murphy y Moriarty, (1976). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Murphy y Moriarty, (1976), Janis y Mann, (1977), y Loevinger, (1976). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

National Cancer Institute (2003) <http://www.cancer.gov> **Documentos sobre el cáncer.**

Nosarti, Chiara., Roberts, Jonathan V., Crayford, Timothy., McKenzie, Kwame., y David, Anthony S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. **Journal of Psychosomatic Research.** **53(6)**, 1123-1130.

Ostrosky, P. Salud, seguridad social y medio ambiente. **Periódico Milenio**, 29 de febrero del 2004, página 4.

Pimentel, N. D. (1998) Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento. **Tesis de Licenciatura.** Facultad de Psicología, UNAM.

Pitot, H. C. (1981). **Fundamentos de oncología.** Reverté S.A. Barcelona.

Polaino, L. (1985). **La depresión.** Martínez Roca, Barcelona.

Ramírez-Johnson, Johnny., Fayard, Carlos., Garberoglio, Carlos., y Ramírez, Clara M. Jorge. (2002). Is faith an emotion? Faith as a meaning-making affective process: An example from breast cancer patients. **American Behavioral Scientist.** **45(12)**, 1839-1853

Rodríguez, D.(1988). En Ledesma, A., y Melero, L. (1999). **Estudios sobre las depresiones.** Universidad de Salamanca.

Rompan filas. <http://www.serpientedgsca.UNAM.mx/rompan29/rf29c.html>
Thomae, N. (1991). **Infancia y autoestima.**

Rosberger, Zeev., Edgar, Linda., Collet, Jean-Paul., y Fournier, Marc A. (2002). Patterns of coping in women completing treatment for breast cancer: A randomized controlled trial of NuCare, a brief psychoeducation workshop. **Journal Of Psychosocial Oncology.** **20(3)**, 19-37.

Rosenzweig, M., y Leiman, A. (1992). **Psicología fisiológica.** Mac Graw Hill, España.

Runyon, P.R. y Audrey, H. (1992). **Estadística para las ciencias sociales.** Addison-Wesley Iberoamericana, S.A. E.U.A.

Sachs, G., Rasoul-Rockenschaub, S., Aschauer, H., y Spiess, K. (1995). Lytic effector cell activity and major depressive disorder in patients with breast cancer: A prospective study. **Journal of Neuroimmunology.** **59(1-2)**, 83-89.

Safran., y Segal.(1994). Hidalgo, S. (1998). La depresión desde diferentes perspectivas teóricas. **Tesis de Licenciatura.** Facultad de Psicología, UNAM.

Samarel, Nelda., Tulman, Lorraine., y Fawcett, Jacqueline. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. **Research in Nursing & Health**. 25(6), 459-470.

Secretaria de Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_mama.pdf Programa de acción contra el cáncer de mama (2002)

Selye (1936). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Selye (1956,1976). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Shontz (1975). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Simpson, J., Steven, A., Carlson, Linda E., y Trew, Michael E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on health care utilization. **Cancer Practice**. 9(1), 19-26.

Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M. B., Cano-Vindel, A., y Perez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cancer de mama. **Ansiedad y Estrés**. 7(2-3), 259-271.

Sociedad Española de Psiquiatría. <http://www.sepsiquiatria.org> Kiely, W. (1972, en García ,R., y Martínez, L. 2000). **Reacciones Psicológicas en pacientes somáticos: Conducta de enfermedad**.

Stanton, Annette L., Danoff-Burg, Sharon., Cameron, Christine L., Bishop, Michelle., Collins ,Charlotte A., Kirk, Sarah B., Sworowski, Lisa A; y Twillman, Robert. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**. 68(5), 875-882.

Universidad de Navarra. http://www.onda_salud.com Cortés, F.(2003). **La buena comunicación evita depresión en pacientes con cáncer**.

Universidad de Navarra. http://www.onda_salud.com Die Trill,M. (2003). **La buena comunicación evita depresión en pacientes con cáncer**.

Universidad de Navarra. http://www.onda_salud.com Berenjena, P. (2003). **El miedo a la muerte es la principal causa de depresión**.

Van-Heeringen, C., Van-Moffaert, De Cupiere. G. (1990). Depression after surgery for breast cancer: Comparison of mastectomy and lumpectomy. **Psicoterapia & Psychosomatics**. 51(4), 175-179.

Vidal, M.; y López, C. (1999). <http://www.alcmeon.com.ar> La consulta psicooncológica: La depresión en cáncer de mama. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol. 8. p. 141-156.

Walter, C. (1932). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Wellisch, David K., Hoffman, Alisa., Goldman, Sherry., Hammerstein, Jennifer., y Lindberg, Nangel M. (2001). A psychological profile of depressed and non depressed women at high risk for breast cancer. **Psychosomatic**. 42(4),330-336.

Wheaton (1959). En Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, S.A. México.

Williamson, Gail M. (2000). Extending the activity restriction model of depressed affect: Evidence from a sample of breast cancer patients. **Health Psychology** 19(4), 339-347.

Zhao, Weilin., Wu, Jingping., He, Jun., Zhu, Minjia., Fan, Shujun., Zou, Qianqing., Si, Suiqin., y Lian, Hongying. (2001). Depression, anxiety, and coping style in patients with breast cancer. **Chinese Journal of Clinical Psychology**. 9(4), 286-287, 289.

ANEXO 1

Este es un cuestionario organizado por la unidad de investigaciones psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM, basado en la Escala de Estrés de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985) a través del cual se pretenden conocer algunos Aspectos relacionados con los Estilos de Afrontamiento hacia el Cáncer de mama

A) Piense por favor en su situación de:

Tener cáncer de mama

Haber sido operada

B) ¿Siente que la situación de padecer cáncer de mama requiere de esfuerzos extras para enfrentar la angustia o preocupación que produce la enfermedad?

A continuación se le presentan una serie de ESTRATEGIAS PARA HACER FRENTE A LA AMENAZA del cáncer de mama, por favor marque con una cruz, la opción que más se acerque a lo que usted haría para hacerle frente.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	siempre
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33					
	(2)No (1)Si (pasa a la pregunta 34)				
34					

Edad de la paciente		
¿Ha sido operada?	Si	No

No. de cuestionario			
---------------------	--	--	--

ANEXO 2

Esta es un cuestionario que pretende conocer algunos aspectos emocionales. Las respuestas son absolutamente confidenciales y anónimas, por lo que agradezco su cooperación en este estudio.

Le pido a usted que me diga de acuerdo a las siguientes afirmaciones, cuántos días de la última semana se ha sentido así.

	1	2	3	4
	Ningún día, menos de un día	De uno a dos días	De tres a cuatro días	De cinco a siete días
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito				
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares				
4. Sentía que era tan bueno como cualquier otra persona				
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
6. Me sentía deprimida				
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
8. Me sentía optimista sobre el futuro				
9. Pense que mi vida era un fracaso				
10. Me sentí con miedo				
11. Mi sueño era inquieto				
12. Estaba contenta				
13. Hable menos de lo usual				
14. Me sentía sola				
15. Sentí que la gente no era amigable				
16. Disfruté de la vida				
17. Pase ratos llorando				
18. Me sentí triste				
19. Sentí que no le caía bien a la gente				
20. No tenía ganas de hacer nada				

Semana del ____ al ____ de _____ del ____.

Edad de la paciente

--	--

No. de cuestionario

--	--	--