



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

Sol Durand Arias

Tutora:

Dra. Elia Jazmín Mora Ríos
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Ciudad de México, Febrero de 2017



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.

A Pino, por ser el mejor compañero de viajes, de sueños y de vida.

A mis padres, por su presencia, apoyo y cariño incondicionales, siempre.

A mi tutora y profesores, por su paciencia y guía en la realización de este proyecto.

A mis amigos y compañeros, por entenderme e incentivarne a continuar.

A las pacientes, que me permitieron aprender como persona y profesionista.

*“Es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad,
a saber qué enfermedad tiene un paciente”*

- *Sir William Osler*

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I	
Cáncer	3
Cáncer de mama	4
Depresión y ansiedad en cáncer	5
Capítulo II	
Factores psicosociales en cáncer	11
El modelo biopsicosocial y otros factores	11
El modelo transaccional de estrés y afrontamiento	14
Concepto de afrontamiento	16
Afrontamiento al cáncer	19
Capítulo III	
El papel de la resiliencia frente al cáncer	27
Resiliencia y enfermedad crónica	31
Resiliencia y cáncer	32
Capítulo IV	
Metodología	38
Planteamiento del problema	38
Pregunta investigación	38
Justificación	40
Objetivos	40
Hipótesis	41
Tipo de estudio	41
Población de estudio	41
Tamaño de muestra	42
Consideraciones éticas	42
Levantamiento de campo	43
Definición conceptual de las variables	45

Definición operativa de las variables	46
Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación	46
Análisis estadístico	50
Capítulo V	
Estudio piloto – propiedades psicométricas de los instrumentos	52
Resultados	60
Capítulo VI	
Discusión	71
Limitaciones y fortalezas	77
Conclusiones	78
Bibliografía	79
Anexos	86

ÍNDICE DE TABLAS

1. Valor predictivo de la Escala HADS con el diagnóstico psiquiátrico	53
2. Sensibilidad y Especificidad de la Escala HADS	53
3. Factores y reactivos del CCQ obtenidos a través del análisis factorial	55
4. Factores y reactivos de la Escala SV-RES obtenidos a través del análisis factorial	57
5. Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en la población de estudio	61
6. Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por edad y escolaridad	61
7. Prevalencia de comorbilidades médicas	62
8. Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por variables clínicas, de tratamiento y puntaje de escalas	64
9. Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por terciles y factores de afrontamiento	65
10. Regresión logística de diagnósticos psiquiátricos y afrontamiento	66
11. Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por terciles de resiliencia	66
12. Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por factores de resiliencia	68
13. Regresión logística de diagnósticos psiquiátricos y resiliencia	69
14. Modelo de regresión múltiple entre diagnósticos psiquiátricos, resiliencia y afrontamiento	70
15. Modelo de interacción entre resiliencia y afrontamiento con diagnósticos psiquiátricos	70

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es identificar los recursos psicológicos de resiliencia y afrontamiento que emplean las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y su posible relación con el desarrollo de diagnósticos psiquiátricos, como depresión, ansiedad o ambos. El interés por estudiar estos temas surge de una observación reiterada en la práctica clínica: las mujeres que acuden a los servicios de oncología - independientemente de sus condiciones económicas, sociales y ambientales - reaccionan y afrontan el diagnóstico en formas muy diversas, lo cual, en algunos casos conduce a la presencia de depresión y/o ansiedad. Pero, ¿cuáles son las diferencias individuales que llevan a las mujeres con cáncer de mama a presentar respuestas psicológicas maladaptativas que pueden conducir las al desarrollo de un diagnóstico psiquiátrico?. Este trabajo se interesa en el conocimiento de las diferencias individuales de la resiliencia y el afrontamiento para proponer intervenciones oportunas que favorezcan habilidades adaptativas en las mujeres con cáncer de mama.

Desde 1948 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que implica que la salud mental es considerada como algo más que únicamente la ausencia de trastornos o discapacidades mentales (OMS, 1948, p. 100).

En los últimos años el enfoque en la investigación en áreas relacionadas con la salud ha dejado de hacer hincapié en la patología para centrarse en la promoción de la salud y el bienestar del individuo y el rol que tiene en la gestión de su enfermedad. En este sentido, desde el 2001 el Comité de Orientaciones Futuras para la Salud del Comportamiento y la Investigación en Ciencias Sociales de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (*National Institutes of Health, NIH*, por sus siglas en inglés) ha destacado la necesidad de realizar investigaciones respecto a la *salud positiva*, entendida como “los factores biológicos, conductuales y psicosociales que contribuyen a la resiliencia, la resistencia a la enfermedad y el bienestar” (Singer & Ryff, 2001: 3). Este enfoque provee una oportunidad para revisar el papel de la resiliencia y el afrontamiento en el manejo adecuado del proceso de salud-enfermedad-atención. En el caso de

padecimientos crónicos, como el cáncer, es fundamental fortalecer estos recursos para modificar la vivencia del padecimiento y plantear intervenciones basadas en la psicología positiva.

El presente trabajo está compuesto por seis capítulos. En el primero se incluye una introducción al tema de cáncer y cáncer de mama y se hace una revisión de la investigación sobre el cáncer de mama y su relación con la depresión y ansiedad. En el segundo capítulo se lleva a cabo una descripción de los diferentes factores psicosociales involucrados en el cáncer, incluyendo el concepto de afrontamiento. El tercer capítulo ofrece una revisión de la literatura sobre la resiliencia, así como de los hallazgos recientes acerca de la relación entre resiliencia y cáncer. El cuarto capítulo describe la metodología utilizada, incluyendo las consideraciones éticas y el procedimiento que se llevó a cabo. El quinto capítulo está conformado por dos apartados, el primero incluye los resultados del estudio piloto para evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados; y el segundo se compone por los resultados de esta investigación, en el que el principal hallazgo fue que la resiliencia puede considerarse como un factor protector para el desarrollo de depresión y/o ansiedad en mujeres con cáncer de mama. En el sexto capítulo se plantean la discusión de los resultados, las limitaciones y fortalezas del estudio y las conclusiones.

CAPITULO I

CÁNCER

Cáncer es el término genérico para definir a un grupo de enfermedades en las que existe un crecimiento anormal y descontrolado de las células con capacidad de invadir tejidos cercanos y a distancia. La OMS refiere que el cáncer está dentro de las primeras causas de muerte a nivel mundial, con 8.2 millones de defunciones (GLOBOCAN, 2012). En el 2013, dicha organización puso en marcha el Plan de Acción Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 cuyo objetivo es reducir en un 25% la mortalidad en cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

Existen varios factores de riesgo para desarrollar cáncer como el tabaquismo, la dieta, la obesidad, la luz solar e incluso algunas infecciones. Debido a que cada vez se cuenta con más estudios de detección temprana y tratamientos novedosos que impactan en la sobrevivencia de la población, el cáncer ya es considerado como una enfermedad crónico-degenerativa (GLOBOCAN, 2008). Esta consideración conlleva implicaciones en otras esferas del proceso de salud-enfermedad, ya que los pacientes tienen que llevar a cabo cambios y ajustes en sus estilos de vida y asimilarlos emocionalmente.

La oncología es la rama de la medicina con mayores avances terapéuticos, sin embargo, los pacientes todavía requieren de una combinación de tratamientos. Dentro de estos se incluyen la intervención quirúrgica, la quimioterapia, la radioterapia, la inmunoterapia, la terapia dirigida y la terapia hormonal. Los efectos secundarios y cambios corporales resultados de estos tratamientos tienen un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, asociado a los ajustes familiares y económicos que conlleva una enfermedad crónica y el riesgo de recurrencia de la enfermedad.

Por lo anterior, en la actualidad, el cáncer constituye no solo una amenaza a la salud y bienestar de los pacientes y sus familiares, sino también un problema de salud pública que involucra diferentes niveles de atención.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en mujeres a nivel mundial, con un estimado de 1.67 millones de diagnósticos en el 2012, lo que representa una cuarta parte (25%) de todos los cánceres (GLOBOCAN, 2012).

En México, la incidencia de cáncer de mama ha aumentado en las últimas décadas. El reporte de GLOBOCAN 2012 estima una incidencia de cáncer de mama de 13.8%, seguida de cáncer de próstata con 9.5% y cervicouterino con 9.4%. De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) del 2009, la incidencia de cáncer de mama es de 15 por cada 100,000 mujeres, con diferencias importantes entre los estados de la república: 1.15 por cada 100,000 habitantes en Chiapas; 18 por cada 100,000 habitantes en Chihuahua. Estas diferencias se deben, probablemente, a un sesgo en el reporte de casos y a la falta de un registro nacional de cáncer (Chávarri-Guerra et al., 2012). En la actualidad, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte entre las mexicanas adultas entre 30 a 54 años de edad. Las investigaciones han constatado una tendencia ascendente generalizada, que puede explicarse por la carencia de infraestructura para el tamizaje y tratamiento oportuno de esta neoplasia (Vara-Salazar et al., 2011).

México no cuenta con un registro confiable de datos como prevalencia, percepciones, prestación de atención médica y uso de servicios en cáncer de mama (Knaul et al., 2009) por lo que resulta prioritario recabar información y mantener registros clínicos detallados. Además, es fundamental conocer los procesos de salud mental a los que están expuestos los individuos con enfermedades médicas, en especial considerando la estrecha relación que existe entre la depresión y dichos padecimientos. Se trata de una relación bidireccional, es decir, que las personas médicamente enfermas corren un mayor riesgo de padecer depresión; pero también que las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias (Berenzon et al., 2013; World Federation for Mental Health, 2010). Lo anterior se debe a que los individuos no sólo se encuentran afectados por la patología y el tratamiento de base, sino también por los cambios psicológicos, físicos, familiares, laborales y sociales que conllevan. Frente a todos esos factores de estrés las personas generan una serie de respuestas psicológicas para

adaptarse al proceso, e incluso salir fortalecidos. Como parte de los recursos psicológicos positivos hay dos muy importantes: uno de ellos es la resiliencia la cual se define como el “proceso dinámico que incluye los factores protectores y la adaptación positiva ante un contexto de adversidad” (Luthar et al., 2000; p. 543) y el afrontamiento que, de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), se define como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). A su vez, estas respuestas psicológicas pueden tener una relación con la protección o el desarrollo de psicopatología, como depresión y ansiedad en pacientes con padecimientos médicos como el cáncer.

Depresión y ansiedad en cáncer

La investigación histórica de Derogatis et al. (1983) en Estados Unidos, fue la primera en establecer la relación entre el cáncer y los trastornos psiquiátricos. Ellos utilizaron, en una cohorte de 215 pacientes con cáncer, la entrevista psiquiátrica con los criterios diagnósticos de la clasificación de ese tiempo (*Diagnostic Statistical Manual*, tercera versión; *DSM-III*, por sus siglas en inglés) y un reporte autoaplicable (*Symptom Checklist Revised*, *SCL-90-R*, por sus siglas en inglés). Su estudio reportó una prevalencia de casi la mitad (47%) de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con cáncer, entre los que se incluyeron trastornos adaptativos, trastorno depresivo mayor (13%), trastornos mentales orgánicos, trastornos de personalidad y trastornos ansiosos.

Desde entonces se han llevado a cabo múltiples estudios que abordan la relación entre trastornos psiquiátricos y cáncer; sin embargo, las prevalencias reportadas suelen ser inconsistentes debido a la diversidad de metodologías utilizadas para evaluar los diagnósticos y a la falta de uso de la entrevista psiquiátrica como estándar de oro.

En este sentido, la mayoría de los estudios reportados han utilizado metodologías transversales. Un metaanálisis (Mitchell et al., 2011) que incluyó 70 estudios con un total de 10,071 individuos en 14 países en clínicas de oncología y hematología, en los que utilizaron la entrevista psiquiátrica, arrojó los siguientes resultados: prevalencia de 20.7% de trastornos depresivos (depresión mayor, depresión menor y distimia); 31.6% de

trastornos depresivos y trastornos adaptativos y 38.2% de combinación de trastornos depresivos, trastornos adaptativos y trastornos de ansiedad. Además, se revisaron 24 estudios, con un total de 4,007 pacientes en cuidados paliativos, y se encontró una prevalencia de 24.6% de trastornos depresivos (depresión mayor, depresión menor y distimia); de 24.7% de trastornos depresivos y trastornos adaptativos, así como de 29% de una combinación de trastornos depresivos, trastornos adaptativos y trastornos de ansiedad. Con el empleo de ambos métodos, hubo una mayor prevalencia en los casos en los que había una combinación de trastornos depresivos, adaptativos y de ansiedad.

En una investigación realizada en Canadá, Linden et al. (2012) utilizaron un instrumento de tamizaje que evalúa síntomas depresivos, ansiosos, soporte social percibido y deseado y calidad de vida (*Psychosocial Screen for Cancer, PSSCAN*, por sus siglas en inglés). Se aplicó dicho instrumento a 10,153 personas con diferentes tipos de cáncer (hueso, mama, gastrointestinal, genitourinario, ginecológico, cabeza y cuello, hematológico, pulmón, neuroendócrino, próstata y piel). Los resultados arrojaron una prevalencia global de depresión clínica de 12.9% y subclínica del 16.5%, así como de ansiedad clínica del 19% y subclínica de 22.6%. Por grupos de tumores, se encontró que los pacientes jóvenes con cáncer de hueso, mama y próstata tuvieron tres veces más probabilidad de reportar ansiedad clínicamente significativa que aquellos de mayor edad. Además, las mujeres reportaron dos veces más síntomas de depresión y ansiedad respecto a los hombres. Esta diferencia de género puede ser atribuida, según los autores, a que las mujeres tienden a reportar más los síntomas de *distrés*¹ y a que utilizan estilos de afrontamiento enfocados en la emoción.

En una revisión sistemática realizada por Maass et al. (2015) que incluyó 17 estudios y 12,499 mujeres con cáncer de mama se encontró una prevalencia a largo plazo de depresión entre 9.4% y 66.1% (media 39.9%) y para síntomas severos fue de 3% a 41.7% (media de 21.2%). Los cinco estudios que evaluaron ansiedad reportaron una prevalencia más estrecha que la anterior: entre 17.9% y 33.3%, con una media de 27.2%. Para síntomas severos la prevalencia fue de 9.4% a 19.2% (media de 12.6%).

¹ *Distrés* definido por McCorkle y Young (1978) como “el grado de malestar reportado por el paciente en relación a la percepción de los síntomas experimentados” (p. 373).

Los estudios longitudinales aportan información más certera acerca de los pacientes a lo largo del proceso de enfermedad. Con este propósito, Burgess et al. (2005) realizaron en Londres un estudio de cohorte con seguimiento a cinco años en 170 mujeres con cáncer de mama en etapa temprana. Utilizaron la entrevista clínica estructurada para diagnósticos del DSM-III y realizaron mediciones anuales. De acuerdo a este estudio, las prevalencias tendían a disminuir con el paso del tiempo. En el primer año, reportaron una prevalencia de 48% de depresión, ansiedad o ambos; en el segundo se redujo al 25%; en el tercer año al 23%; en el cuarto año al 22% y en el quinto año al 15%. Asimismo, encontraron que los factores relacionados con el paciente -no tanto con la enfermedad o el tratamiento- incrementaban el riesgo de presentar depresión o ansiedad clínicamente significativas después del diagnóstico. Entre los factores de riesgo que fueron identificados destacan la edad temprana (sin especificar un grupo etario específico), los problemas psicológicos previos, las dificultades no relacionadas con el cáncer y la falta de apoyo social.

En la literatura destaca el estudio longitudinal que llevaron a cabo Costanzo et al. (2009) realizado con base a la Encuesta Nacional de Desarrollo en Mediana Edad (*National Survey of Midlife Development, MIDUS*, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, a través de una entrevista telefónica y el llenado de cuestionarios autoaplicables. La muestra se conformó por 398 personas sobrevivientes de cáncer: 26.9% con cáncer de mama, 20.9% de próstata, 9.8% cervical, 9.3% de colon, 6.5% uterino, 5.8% con leucemia o linfoma, 3.8% con cáncer de ovario, 3.3% de pulmón y 0.5% desconocido, con una media de diez años de posdiagnóstico y 796 controles sanos pareados por edad, género y nivel educativo (relación 2:1). El estudio concluyó que, en general, los sobrevivientes de cáncer tienen menor salud mental que los controles sanos. Por otra parte, dicho grupo refirió más síntomas depresivos y ansiosos, así como un aumento en el afecto negativo y disminución del afecto positivo. Respecto al bienestar psicológico, detectaron que los sobrevivientes de cáncer reportaron menor dominio del entorno, menos relaciones positivas y baja autoaceptación. Sin embargo, también encontraron que los sobrevivientes de cáncer funcionan a la par que los controles sanos en algunos ámbitos como bienestar social, espiritualidad y crecimiento personal; áreas que incluso aumentaron después del diagnóstico. De ahí que, los autores del estudio concluyeron que el padecer cáncer puede

ser transformado en una experiencia positiva, incluso con la posibilidad de salir fortalecido mediante la interacción de múltiples mecanismos psicológicos. De igual manera, la interacción entre cáncer y edad fue significativa en la predicción de sintomatología depresiva y ansiosa. Los jóvenes sobrevivientes de cáncer reportaron mayores niveles de depresión y ansiedad en comparación con el grupo control pareado por edad.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por los teóricos del desarrollo Neugarten y Hagestad (1976), quienes explican que los eventos que ocurren “*fuera de tiempo*”, es decir, fuera de los típicos rangos de edad (por ejemplo en individuos jóvenes cuando se tienen planes o expectativas que se ven potencialmente amenazados por una enfermedad), tienden a ser más estresantes o traumáticos. Otra manera de interpretar esa diferencia ha sido a través de la variedad de recursos psicológicos (entendidos como afrontamiento y resiliencia) que utilizan los jóvenes ante el diagnóstico y tratamiento de cáncer en comparación con personas de mayor edad.

De manera más reciente Singer et al. (2016) publicaron los resultados de la cohorte prospectiva y multi-céntrica BRENDA II (*Breast Cancer Under Evidence Based Guidelines*, en inglés) realizada en cuatro hospitales de Alemania, para evaluar el curso de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Llevaron a cabo tres valoraciones a lo largo del tiempo: basal (antes de la cirugía), un mes después de la cirugía y al completar el tratamiento con quimio o radioterapia (alrededor de 8 meses después del basal). Evaluaron a las pacientes con la escala PHQ (*Patient Health Questionnaire*, en inglés) que incluía varios módulos: trastornos del ánimo, ansiosos, alimentación, consumo de etanol y somatomorfos. Con base en la información obtenida propusieron cuatro categorías que dan cuenta del curso de la comorbilidad psiquiátrica: 1) sanos (sin diagnóstico psiquiátrico en ningún momento); 2) agudo (diagnóstico psiquiátrico en la evaluación basal o en la segunda, pero no en la final); 3) emergente (sin diagnóstico psiquiátrico inicial pero sí al final de la evaluación) y 4) crónico (comorbilidad psiquiátrica en todas las evaluaciones). Un total de 598 pacientes completó todas las valoraciones. Con base en esas categorías, más de la mitad (62%) reportó encontrarse mentalmente sano durante el seguimiento. El 19% tuvo comorbilidad psiquiátrica aguda, el 10% emergente y el 9% crónica. La comorbilidad psiquiátrica se presentó con mayor frecuencia en pacientes jóvenes (OR 1.8) y en aquellas que reportaron pobre calidad de

vida (OR 2.5). El apoyo del médico tratante se correlacionó de manera negativa (OR 0.8). Estos resultados sugieren, nuevamente, que la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico en mujeres con cáncer de mama no está necesariamente relacionada con la patología de base, ya sea en etapa clínica o de tratamiento, sino con la interpretación subjetiva y la vivencia del padecimiento por parte de las mujeres.

También en Alemania, Hartung et al. (2017) llevaron a cabo un estudio multicéntrico con un total de 4,020 individuos con diferentes tipos de cáncer y 5,018 controles. Evaluaron la sintomatología depresiva a través del cuestionario PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire Depression Scale*, en inglés). Encontraron que la probabilidad de que los pacientes con cáncer estuvieran deprimidos era cinco veces mayor que la población general (OR 5.4). Los pacientes con cáncer de páncreas, tiroides y cerebro fueron los que presentaron mayores prevalencias, para cáncer de mama la prevalencia de depresión fue del 25%.

Como se mencionó anteriormente, en México la información acerca de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en cáncer de mama es escasa. Un estudio realizado en Guadalajara por Morales-Chávez et al. (2007), que incluyó a 225 mujeres con cáncer de mama, reportó una prevalencia de depresión de 14.2% (IC95% = 10 a 19%) y de ansiedad de 26.5% (IC95% de 21 a 32%). Hay que mencionar que esos porcentajes son superiores a las prevalencias nacionales de trastornos depresivos (5.7%) y trastornos ansiosos (3.3%) reportadas en la población general, según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003) y con la prevalencia de 11.4% de depresión en el último año encontrada en mujeres por Rafful et al. (2012). Además, estos últimos autores encontraron que el grupo etario más vulnerable son aquellas mujeres que se encuentran en el rango de 45 a 54 años de edad.

El diagnóstico de depresión y ansiedad en individuos con cáncer requiere de intervenciones en varias esferas, incluyendo el tratamiento farmacológico. Al respecto, Ng et al. (2011) realizaron una investigación bibliográfica sobre la efectividad de los medicamentos psicotrópicos en individuos deprimidos con cáncer. Encontraron ocho ensayos clínicos controlados. En cinco estudios se compararon los antidepresivos contra placebo (dos con mianserina, dos con fluoxetina y uno con paroxetina más desipramina) y en los otros tres se compararon dos intervenciones: fluoxetina vs desipramina; paroxetina

vs amitriptilina; y alprazolam vs relajación muscular progresiva. Sólo se encontró mejoría de los síntomas depresivos en individuos que habían tomado mianserina en comparación con placebo. Andersen et al. (2013) también realizaron una revisión sistemática sobre el tratamiento farmacológico para depresión en mujeres con cáncer de mama que incluyó seis estudios: tres ensayos clínicos aleatorizados con placebo, un estudio doble ciego con grupo paralelo y dos estudios prospectivos abiertos. Se encontró que la fluoxetina, escitalopram y mianserina fueron significativamente más efectivos que el placebo e incluso mejoraron la calidad de vida de estas mujeres.

Además del tratamiento farmacológico, es fundamental implementar procesos terapéuticos basados en la psicología positiva en los individuos con cáncer, mismos que han probado ser efectivos. Entre otros, Moorey et al. (2008) realizaron un estudio clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en 80 pacientes en cuidados paliativos. Encontraron que esta fue estadísticamente significativa para reducir sintomatología ansiosa, sin encontrarse cambios en la reducción de síntomas depresivos. En la Clínica Mayo de Estados Unidos, Loprinzi et al. (2011) probaron el programa SMART (*Stress Management and Resiliency Training*, en inglés) para fortalecer la resiliencia, disminuir el estrés y la ansiedad e incrementar el bienestar en 25 mujeres con cáncer de mama. Se trata de una intervención breve que consiste en dos sesiones grupales de 90 minutos, una sesión individual y tres llamadas telefónicas de seguimiento. Dicha intervención constató mejorías en los niveles de autopercepción de resiliencia y calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.

El objetivo de este capítulo fue el de exponer la comorbilidad psiquiátrica que se presenta en individuos con cáncer – principalmente mujeres - incluyendo especificaciones en cáncer de mama. Sabemos que debido a la capacidad que tiene el ser humano para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas, le es posible hacer frente a las enfermedades con pronósticos desfavorables para la función y la vida. El reconocimiento de los factores psicológicos que pueden cambiar la vivencia subjetiva de una enfermedad es fundamental para el desenlace de la misma. A continuación se plantean algunos enfoques teóricos de afrontamiento y resiliencia, como posibles factores protectores para el desarrollo de depresión y/o ansiedad en individuos con cáncer.

CAPITULO II

FACTORES PSICOSOCIALES EN CÁNCER

El modelo biopsicosocial y otros factores

George L. Engel (1977) fue el pionero en plantear una serie de críticas al modelo médico tradicional en el que solo se incorporaba el elemento biológico y se excluían las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad, es decir, que separaba los elementos mentales de los somáticos, haciendo referencia al dualismo mente-cuerpo. Con este principio y con base en la etnomedicina creó el *modelo biopsicosocial*, que supone la incorporación de síntomas físicos y mentales para dar cuenta de la patología del individuo, lo cual permite tener una visión más integral de su estado de salud.

La depresión en oncología puede explicarse con base en este modelo, incluyendo diversos factores biológicos: patógenos, tipo y etapa de cáncer, tipo y severidad de los síntomas, tratamiento (en particular el uso de algunos quimioterapéuticos, interferón y esteroides) y depleción iatrogénica de estrógenos (quirúrgica o farmacológica). De acuerdo a Torta & Ieraci (2013), de los factores de riesgo para desarrollar depresión destacan la historia personal de algún trastorno mental, la presencia de síntomas discapacitantes (como dolor y fatiga) y el apoyo social escaso. Respecto a los predictores para la depresión se encuentran la edad temprana, la historia personal o familiar de depresión, el escaso apoyo social, la ansiedad de separación, la mala comunicación con el equipo médico y los estilos de afrontamiento maladaptativos

Para Slaikeu (1996) el diagnóstico de cáncer se puede considerar dentro de las *crisis circunstanciales*. Dicho autor define la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (p. 16). Las crisis circunstanciales hacen referencia a los eventos en los que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad o etapa de vida de la persona. Las

crisis circunstanciales se dividen en: 1) enfermedades físicas y lesiones, 2) muerte inesperada, 3) crímenes, 4) desastres naturales y provocados por el hombre, 5) guerra y hechos relacionados y 6) familia y economía. La principal característica de este tipo de crisis es que son repentinas e inesperadas, con carácter de emergencia, pueden afectar a toda una comunidad y representan un peligro o una oportunidad. Esto último hace referencia a la reorganización que sigue a la crisis, que tiene el potencial de mover a las personas y familias hacia niveles de funcionamiento más altos (que se puede interpretar como resiliencia) o más bajos (mecanismos maladaptativos). Al respecto, como señala Caplan (1964) “un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que durante ciertos periodos de crisis el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis” (p. 35).

Whitaker et al. (2015) realizaron un estudio cualitativo en la comunidad en Londres. Entrevistaron a 62 personas que presentaban síntomas de alarma para cáncer (diez síntomas de alarma definidos por el *Cancer Awareness Measure*, por ejemplo, cambios mamarios), de las cuales 23 de ellas (37%) reportaron tener al menos una respuesta emocional relacionada con el síntoma de alarma. Las respuestas emocionales se clasificaron en tres dominios con base en la intensidad: las respuestas de intensidad leve y con características cognitivas se denominaron “preocupación”, las de intensidad moderada como “ansiedad” y las de intensidad severa con una alta carga afectiva se clasificaron como “miedo”. En el grupo cuyas respuestas estaban basadas en el miedo, se encontró que debido a que estaban más asustados ante la posibilidad de un diagnóstico de cáncer asociado a la incurabilidad y muerte, tuvieron más conductas de evitación. Por otro lado, en el grupo de preocupación, los sujetos se percibieron capaces de afrontar el diagnóstico de cáncer y presentaron mayores conductas de búsqueda de atención médica. Se puede inferir que la preocupación inicial ante un síntoma de alarma permite a la persona ser proactiva con respecto a la toma de decisiones en el momento, pero que si ésta se acompaña de mayor carga afectiva, puede incluso paralizar a la persona al punto de tener conductas de evitación que ponen su salud en mayor riesgo.

En el caso particular de cáncer de mama, se puede decir que se trata de un momento estresante o “crisis circunstancial”, en el que se ve amenazada la vida, pero

también en el que existe miedo a lo desconocido, prevalece la incertidumbre y la dificultad para afrontar los cambios en el cuerpo que amenazan la autoconfianza y autoimagen (lumpectomía o mastectomía como tratamiento quirúrgico o pérdida de cabello debido a quimioterapia) en las relaciones personales, de pareja, familiares, sociales, laborales y económicas. Se trata de una etapa de cambios y ajustes en todos los aspectos de la vida de la persona, en los que se conocen los desenlaces negativos de psicopatología, pero se desconocen los factores psicosociales positivos relacionados con la vivencia de la enfermedad, así como de otros recursos que podrían ser útiles para que los individuos puedan otorgarle un nuevo sentido y significado al padecimiento.

En este sentido, en el estudio de MacDonald (2001) basado en la revisión de veintidós artículos, la mayoría realizados con metodología cualitativa, se encontró que la calidad de vida de los individuos con cáncer se componía de cuatro dimensiones, independientemente de la fase de tratamiento en que se encontraran: 1) psicológica: en la que se incluye el impacto del diagnóstico, el ajuste a la enfermedad y la posibilidad de desarrollar depresión y ansiedad; 2) social: que se conforma de las relaciones personales y sexuales, así como la incorporación de actividades sociales y de ocio; 3) física: la presencia de síntomas como dolor, fatiga, debilidad, hiporexia, alteraciones del sueño; y 4) espiritual: enfatizando la habilidad de proporcionar un significado a la vida y a la muerte, incluyendo las creencias individuales al respecto de la fe y la religión. A su vez, Molina et al. (2014) han identificado características basales como parte de los recursos personales - esperanza, motivación, optimismo, sentido de coherencia, apoyo social y espiritualidad - que son utilizados por el individuo para entender el proceso que va a seguir a lo largo de su tratamiento. Si bien es normal considerar que existe un periodo de “adaptación” ante el diagnóstico y el tratamiento, éste se vuelve patológico cuando se acompaña de una duración y severidad de síntomas depresivos o ansiosos con una marcada disfunción en la vida cotidiana.

Jim et al. (2006) llevaron a cabo un estudio de seguimiento a dos años en mujeres con cáncer de mama con la finalidad de evaluar los estilos de afrontamiento y el *significado de la vida*, mismo que definieron como la creencia de que vale la pena vivir y que el sufrimiento es manejable. Los conceptualizaron a través de cuatro dimensiones: 1) sentimientos de paz interior, armonía y emociones positivas que connotan un sentido de

tranquilidad y serenidad; 2) satisfacción con la vida actual y futura; 3) sentido de la vida que incluye elementos espirituales, religiosos y fe; y 4) la ausencia de emociones negativas y confusión. Con base en estos hallazgos, los autores concluyeron que los estilos de afrontamiento permiten a las mujeres asimilar un evento adverso y transformarlo en algo positivo, creando así un significado positivo de la vida. Estos hallazgos se relacionan con lo que sugirió Lipowski acerca del significado atribuido a la enfermedad que “funciona como un núcleo cognitivo que influye en las respuestas emocionales y motivacionales hacia la enfermedad y por lo tanto a los estilos de afrontamiento” (1970: 98).

El interés por conocer los procesos mentales que se desencadenan ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer han permitido la creación de constructos para un mejor entendimiento de las vulnerabilidades y fortalezas del individuo dentro de ese proceso. La manera en la que cada persona afronta los eventos estresantes de su vida marca una diferencia importante en el sentir emocional. La efectividad de los recursos de afrontamiento depende del estresor, pero también de cada persona y la circunstancia en la que se encuentra (Folkman y Lazarus, 1988).

El modelo transaccional de estrés y afrontamiento

Hace más de treinta años, Lazarus y Folkman (1984) sugirieron que el *estrés* puede ser entendido como el resultado de un desbalance entre las demandas y los recursos o cuando las presiones exceden la habilidad para afrontar la situación. Añadieron que el estrés psicológico es “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).

El *manejo de estrés* fue desarrollado bajo la premisa de que el estrés no es una respuesta directa al estresor, sino que se basa en los recursos y habilidades de cada persona para afrontar y mediar el estresor, mismos que son susceptibles al cambio, lo que permite que el estrés sea controlable. En ese sentido, la interpretación del evento estresante es más importante que el evento per sé, porque el estrés deriva de las

discrepancias percibidas entre las demandas del medio y los recursos con los que cuenta el individuo para afrontarlas.

Con base en lo anterior, Lazarus y Folkman (1984) plantearon una teoría basada en el *modelo transaccional de estrés y afrontamiento*, siendo el estrés una condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia - que puede ser real o no - entre las demandas de la situación y los recursos psicológicos, biológicos, sociales y culturales con que cuenta el individuo para enfrentarlas. Es importante enfatizar que la diferencia en las respuestas individuales ante el estrés es altamente influenciada por el medio en el que se desarrolla la persona.

La teoría identifica dos procesos, la evaluación cognitiva y el afrontamiento como mediadores fundamentales de la relación entre estrés-persona-ambiente y la respuesta inmediata y a largo plazo. La clave de la propuesta radica en la *evaluación cognitiva* tanto del estímulo como de la respuesta al mismo. Cuando el individuo se encuentra ante un evento estresante realiza dos procesos cognitivos (Lazarus, 1993). De manera inicial se lleva a cabo la *valoración primaria*, en la que se hace referencia al juicio personal acerca del significado del evento, mismo que puede ser positivo, neutral o negativo. Posteriormente, en la *valoración secundaria* el sujeto realiza una evaluación de los recursos que posee (físicos, materiales, sociales y psicológicos) para contender con la situación a través de la disminución del daño o de la mejoría del beneficio. Con estas dos evaluaciones se presentan las respuestas conductuales. Es importante destacar que la respuesta tras este proceso cognitivo puede ser variable debido a que el resultado ocurre tras la yuxtaposición de varios planos: la demanda ambiental, los motivos, la restricción de productos y las creencias del individuo en cuestión (Folkman et al., 1986).

Además del proceso cognitivo antes mencionado, se debe sumar la emoción, misma que requiere un objetivo para poder desarrollarse. Con base en esto, las emociones se dividen en negativas y positivas, las primeras son desfavorables para el logro de la meta y las segundas las favorecen. De ahí que la eficacia del afrontamiento dependerá de que la estrategia elegida por el individuo se adapte a las posibilidades de hacer frente o no a un estresor (Lazarus y Folkman, 1984). En este sentido, la eficacia tendrá un valor relativo de acuerdo al contexto de la situación y de los intervalos

específicos del tiempo en los que se aplica, por lo que se trata de un fenómeno temporal y parcial.

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1986) plantean que existen dos formas de afrontamiento: las emocionales y las dirigidas a los problemas. Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción ocurren cuando el individuo evalúa la situación y determina que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes, por lo cual recurre a mecanismos como la evitación, la minimización y el distanciamiento. Respecto a las formas de afrontamiento dirigidas al problema, éstas aparecen cuando el individuo percibe que puede cambiar el entorno mediante la modificación de las presiones ambientales, los obstáculos y los recursos y de esa manera cambiar sus emociones para mejorar la situación (Cuevas-Torres & García-Ramos, 2012).

Concepto de afrontamiento

Históricamente, el concepto de afrontamiento ha sido entendido como *una respuesta a la emoción*, siendo un factor fundamental en la relación entre los eventos estresantes y el resultado adaptativo del mismo, ya sea con síntomas psicológicos, depresión o enfermedades somáticas (Andrews et al., 1978). En los modelos de estrés animal, el afrontamiento se define como las conductas aprendidas que contribuyen a sobrevivir ante un peligro que pone en riesgo la vida. Esas conductas se ven iniciadas por el temor, que provoca una respuesta de evitación o huida, o el enojo que motiva la confrontación o el ataque (Folkman y Lazarus, 1988). De acuerdo con el modelo ego-psicológico, el afrontamiento se basa en el concepto de defensas, en el que mecanismos adaptativos inconscientes son el medio para manejar los instintos y el afecto, en los que se incluyen procesos cognitivos tales como negación, represión, supresión, racionalización y conductas como la resolución de problemas, que son utilizados para manejar la ansiedad y disminuir el estado emocional estresante (Menninger, 1963; Carpenter, 1992). Es importante mencionar que para un evento estresante son diversas las respuestas de afrontamiento y cada una afecta el bienestar de la persona (Folkman et al., 1986). Por otra parte, autores como Masten y Wright (2010) sugieren que las personas capaces de encontrarle un significado a la experiencia traumática a través de una visión

de esperanza y fe o como una lección de vida, pueden responder a estas experiencias de una manera más adaptativa.

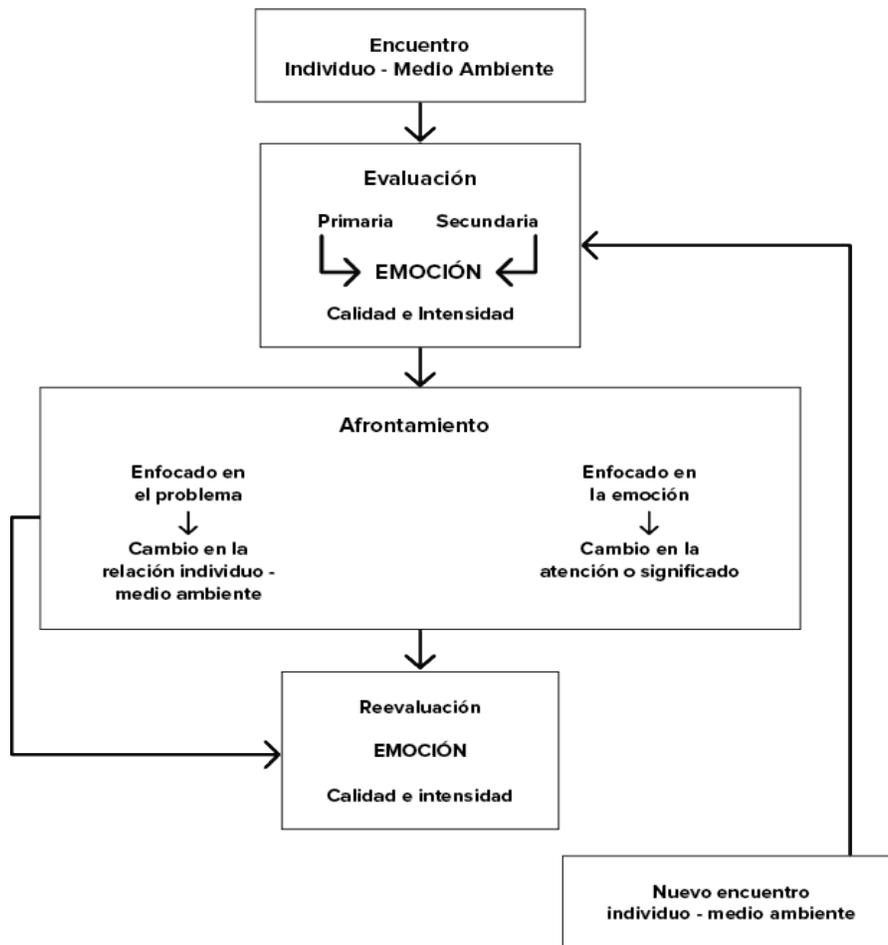
En la década de los 80s, Lazarus y Folkman plantearon el modelo de estrés en términos de una relación dinámica entre un individuo y un evento, producto del cual se generan respuestas – cognitivas, fisiológicas y conductuales – cuya naturaleza está determinada por la valoración del individuo acerca del carácter amenazante del evento. Con base en estas ideas definen el afrontamiento como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164), de ahí que el afrontamiento constituye un factor mediador que ayuda a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante periodos de estrés. De acuerdo con esta definición, el afrontamiento:

- Es un *proceso orientado* a algo en particular, se enfoca en los pensamientos y conductas de un individuo ante un estresor y cómo este acontecimiento cambia de acuerdo a cómo se va desarrollando.
- Está *contextualizado*, es decir, va acorde a la evaluación de la persona acerca de las demandas estresantes y los recursos para manejarlos.
- Bajo este enfoque no se asume la existencia de respuestas de afrontamiento “buenas” o “malas”; se trata de respuestas generadas por el sujeto frente a las demandas. Esto da cuenta del papel activo del sujeto, aún cuando el resultado obtenido no sea el esperado (Forero-Carreño et al., 2005).

Lazarus y Folkman (1986) sugieren la existencia de dos maneras de afrontar los eventos estresantes, mismas que se describen brevemente a continuación y se plantan en la figura 1:

1. Enfocadas en el problema: en el que se incluyen intentos por modificar la situación y desactivar o disminuir la amenaza, siendo un enfoque más adaptativo para la solución del conflicto.
2. Enfocadas en la emoción: en el que la preocupación principal es regular el malestar emocional sin ver realmente el problema, teniendo como resultado el cambio en la atención o significado, desviando así la adecuada resolución del conflicto.

Figura 1. Afrontamiento como un mediador de la emoción



Modificado de Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988).

Existen otros enfoques teóricos con relación al afrontamiento. Para Pelechano, constituye un “modelo de parámetros de un continuo de estabilidades y consistencias referidas tanto a cualidades o atributos psicológicos como a personas” (2015: 8). Las ideas de este autor provienen de su trabajo con enfermos crónicos, en el cual plantea que el uso de estrategias de afrontamiento es mutable, múltiple y azaroso. Con base en su experiencia en ese grupo de individuos identificó dos tipos de afrontamiento: 1) el que alude al pasado, es decir aquel que ocurrió al momento de la noticia de enfermedad y que denominó “afrontamiento rememorado”, y 2) el “afrontamiento actual” el cual implica el

afrontamiento a la situación presente de la enfermedad. Para el afrontamiento rememorado, el autor identificó cuatro dimensiones alrededor de la experiencia: 1) búsqueda de información y solución; 2) apego a la vida con intento de distanciamiento del problema para encontrar una solución; 3) negación con inculpación a la familia y dar información a amigos; y 4) autoinculpación con aceptación de la religión como consuelo. Por lo que se refiere a afrontamiento actual describió tres factores: 1) adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal; 2) negación de la gravedad de la enfermedad con inculpación familiar y huida hacia delante; y 3) desesperación con inconformismo y protesta. El autor concluye que las soluciones psicológicas mencionadas tienen un poder relativo y temporal, lo cual dificulta su generalización, entendiendo que se tienen que contextualizar los recursos y soluciones de los individuos ante los diferentes estresores que se interponen a lo largo de la vida.

Afrontamiento al cáncer

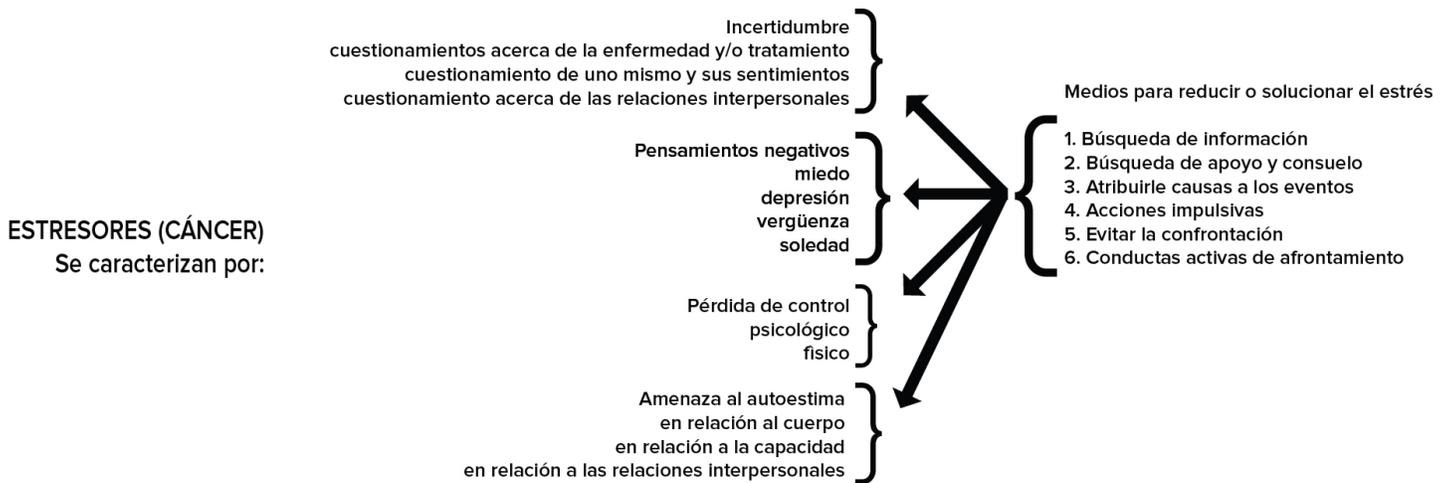
Algunos estudios han documentado la experiencia que enfrentan las personas con cáncer. Reynoso y Seligson (2005) refieren que son diversos los dilemas que enfrentan estos pacientes, entre los que destacan el desconocimiento de los procedimientos médicos de diagnóstico, la falta de información que da lugar a que prevalezcan creencias erróneas y mitos alrededor de la enfermedad, las posibles complicaciones de salud que incluyen la progresión o recurrencia de la enfermedad, por mencionar algunas. El cáncer representa la posibilidad de la muerte, acompañada de dolor, pérdida de la independencia y una disminución de la autoestima (Rouhani & Holland, 2003). La capacidad de una persona para afrontar el cáncer varía de acuerdo a la evolución de la enfermedad y depende de factores como la atención médica, las características de la enfermedad, el nivel previo de adaptación, el manejo de las pérdidas anteriores, el apoyo emocional, los rasgos de personalidad, el entorno cultural, espiritual y religioso, la posibilidad de rehabilitación física y psicológica y los mecanismos de afrontamiento del individuo (Massie & Greenberg, 2006).

El estudio del afrontamiento al cáncer se potenció debido a la constatación reiterada de varias situaciones: las múltiples adaptaciones que tiene que hacer el sujeto

ante el diagnóstico para reorganizar su vida en los ámbitos social, laboral, interpersonal, sexual y laboral; los síntomas asociados como dolor o fatiga; el tratamiento que, en ocasiones, supone la amputación o efectos secundarios desagradables; la ambigüedad en el pronóstico; la cercanía con la muerte y los cambios en sus relaciones sociales (Urquidi, 1996). Hay estudios que indican que los individuos sin lazos sociales son los que se sienten más aislados, lo que resulta en una menor tolerancia al tratamiento y una menor calidad de vida (Krohne, 2002).

En este sentido, Pryun (1983) desarrolló un modelo para entender el proceso de afrontamiento al cáncer que incluye factores estresores como incertidumbre, pensamientos negativos, pérdida de control y amenaza a la autoestima. Sugiere también la existencia de reacciones para hacer frente a los estresores, entre las cuales destaca la búsqueda de información, búsqueda de apoyo, evitación de la confrontación y una conducta de afrontamiento proactiva orientada a la solución de problemas.

Figura 2. Modelo de afrontamiento al estrés



Modificado de Pryun, 1983.

A su vez, Krause (1991) llevó a cabo un estudio en Finlandia en el que incluyó a 123 individuos con diferentes tipos de cáncer, entre los cuales el cáncer de mama fue el más frecuente: 35%. Utilizó una metodología cualitativa en la que los individuos contestaron un cuestionario de preguntas abiertas y posteriormente – a un menor número de ellos, de acuerdo a ciertos criterios de inclusión – se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada. Encontró que la mayoría de los individuos reaccionaron ante el diagnóstico de cáncer con sentimientos de sorpresa e incredulidad; otros reaccionaron con una aceptación tranquila y unos pocos con una sensación de alivio al confirmarse su sospecha. A través de esta metodología se identificaron once categorías de afrontamiento al cáncer, entre los que se encuentran: 1) búsqueda de información acerca del cáncer y sus tratamientos; 2) evaluación emocional de la situación; 3) evaluación basada en una experiencia previa comparable; 4) comparación con individuos que son sobrevivientes al cáncer; 5) mantener la esperanza; 6) actividad social o trabajo; 7) apoyo de familiares y profesionales; 8) apoyo en creencias religiosas; 9) reconocimiento de sentimientos negativos; 10) comparación con individuos que han fallecido a causa del cáncer; y 11) pasividad en los mecanismos de defensa, como la negación. Estos resultados, a través de la libertad de expresión de los individuos, brindan un panorama más amplio de los diferentes procesos y factores que contribuyen en la vivencia ante el diagnóstico de cáncer.

Por otro lado, desde una perspectiva cuantitativa, Jarrett et al. (1992) en un estudio realizado con 49 mujeres con cáncer de mama, encontró que algunas de ellas utilizaban mecanismos de afrontamiento positivos, entre los que destacaron el sentido del humor, cambios en la conducta (como realizar dietas especiales), apoyarse en la fe y la oración, la evitación social y la búsqueda de información. En ese estudio, sólo una quinta parte (20%) de las entrevistadas aseguró tener control sobre su enfermedad; mientras que la mayoría (80%) manifestó sentirse fuera de control. Sin embargo, más de la mitad (65%) de las mujeres señalaron que habían hecho una reevaluación positiva respecto a su enfermedad y la vida en general.

En fechas recientes, en Taiwan, Chen y Chang (2012) realizaron una investigación cualitativa con siete individuos con cáncer, a partir de la cual crearon un constructo principal denominado “proceso de equilibrio de las fluctuaciones de la vida”, compuesto

por tres categorías centrales. El constructo se basó en el *distrés psicológico*² que conlleva el diagnóstico y los ajustes de la vida cotidiana que se tienen que llevar a cabo, encontrando tres categorías centrales que ocurren a lo largo del proceso de la enfermedad y que se basan en la reinterpretación y el reajuste:

1. Sentimientos negativos, que incluye síntomas psicológicos y físicos. El *distrés psicológico* incluye miedo, preocupación, anticipación catastrófica, falta de esperanza, enojo, estigma, sentimientos de injusticia, cuestionamientos del *por qué* y negación. Esta descripción es similar al proceso de duelo, en este caso la pérdida de la salud, establecido por Kübler-Ross (1969) y que incluye cinco etapas: 1) la negación; 2) el enojo; 3) la depresión; 4) la negociación; y 5) la aceptación de la nueva realidad, mismas que se presentan con intensidades y duraciones inherentes a cada persona. La pérdida de control físico se refiere al malestar físico que presentan los sujetos al iniciar con la enfermedad (síntomas) y a aquellos que se presentan a lo largo del tratamiento (efectos secundarios).
2. Autoajuste, que se subdivide en el ajuste de las creencias personales que incluye pensamientos constructivos, aceptación de la situación, autoconfort y consolación religiosa; y el ajuste a un nuevo estilo de vida que hace referencia al cambios de hábitos para llevar una dieta balanceada, rutina de ejercicio y horarios de trabajo.
3. Reinterpretación, en el que ocurren cambios en el sistema de valores, incluyendo el tener una expectativa realista de la enfermedad, basándose en la evaluación del sentido de la vida, las perspectivas a futuro y la posibilidad de crecimiento personal a través del cáncer.

Las estrategias positivas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, como los sentimiento de paz interna, espiritualidad y satisfacción con la vida y el futuro (Jim et al., 2006), pueden incrementar la autoeficacia y el control personal (Park & Folkman,

² *Distrés psicológico* definido como el “estado emocional único e incómodo experimentado por un individuo en respuesta a un estresor o demanda específica que resulta en un daño, ya sea temporal o permanente” (Ridner, 2004). De acuerdo a Walker y Avant (1995) lo componen cinco atributos: 1) percepción de inhabilidad para afrontar de manera efectiva; 2) cambio en el estado emocional; 3) malestar; 4) comunicación del malestar; y 5) daño.

1997), además de estar asociadas a una mayor adherencia terapéutica y mejor calidad de vida (Classen, 1996). Se ha constatado que una combinación de estas estrategias de vida sumado al apoyo social influye en las situaciones estresantes (Backer, 2000) y ayuda a afrontar la enfermedad de mejor manera (Christensen et al., 2000). Este modelo de afrontamiento, el cual podría considerarse como “adaptativo”, está asociado con factores que tienen que ver con el nivel educativo, el apoyo social, el tener pareja y/o hijos, así como factores médicos que incluyen la satisfacción de la atención brindada, la distancia entre las consultas, el recibir atención psicológica, la presencia de dolor durante el tratamiento y la preocupación por la recurrencia de la enfermedad (Raison et al., 2007; Taylor & Armor, 1996). Otro mecanismo de afrontamiento positivo es la *habitación*, que consiste en disminuir la emoción negativa asociada al estresor, lo que permite llegar a la conclusión de que la situación no es tan grave como se concibió originalmente y que algún beneficio puede ser obtenido de la adversidad. Esto supone una reevaluación del suceso estresor y su afrontamiento (Affleck & Tennen, 1996; Foa et al., 1989).

Con el interés de identificar las diferencias en las maneras de afrontar el cáncer, Ahadi et al. (2014) realizaron un estudio en el que aplicaron el Cuestionario de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (*Coping Strategies Questionnaire, CSQ*, por sus siglas en inglés) a dos grupos: individuos con cáncer y controles sanos de un hospital en Irán. Los hallazgos indican que las subescalas de enfocadas en el problema - responsabilidad, planificación y autocontrol - fueron estadísticamente menores en los individuos con cáncer que en los controles ($p < 0.01$). Las subescalas enfocadas en la emoción - búsqueda de apoyo social, afrontamiento confrontativo y evitación - siendo estadísticamente mayores en los individuos con cáncer que en los controles ($p < 0.01$). Con esos resultados, se puede concluir que los individuos con cáncer tienden a afrontar el diagnóstico y el tratamiento enfocándose en la emoción, lo cual puede ser un factor para presentar *distrés* psicológico y, posteriormente, algún diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, por tratarse de un estudio transversal presenta ciertas limitaciones ya que no permite observar los cambios en un proceso tan dinámico como que es el tratamiento al cáncer y, por ende, en el afrontamiento en sus diferentes etapas.

En suma, con base en la revisión de investigaciones en esta línea, se puede decir que el afrontamiento al cáncer, como cualquier enfermedad, supone diferentes etapas en

cada una de las cuales hay ajustes adaptativos y no adaptativos que impactan a nivel cognitivo, el sentir emocional y la respuesta conductual. Si bien Lazarus y Folkman (1986) mencionaron que en el afrontamiento no se asume la existencia de respuestas de afrontamiento “buenas” o “malas”; Moorey, Frampton y Greer (2003) plantean que existen ciertos estilos de afrontamiento con un enfoque positivo que permiten manejar las situaciones que implican el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad como cáncer. Ellos crearon la Escala de Afrontamiento al Cáncer (*Cancer Coping Questionnaire*, CCQ, por sus siglas en inglés) con el objetivo de medir los beneficios de la terapia cognitivo-conductual en paciente con cáncer que acuden a dicho proceso terapéutico. Dicha escala se compone de cinco estilos de afrontamiento con enfoque positivo:

1. Afrontamiento interpersonal: que hace referencia al apoyo de la pareja.
2. Afrontamiento cognitivo-conductual: mismo que implica que la resolución de los problemas asociados al cáncer se lleva a cabo mediante estrategias de relajación, respiración y reevaluación cognitiva de la situación.
3. Afrontamiento con enfoque positivo: abarca el reconocimiento de aspectos positivos de la vida y la presencia de una actitud positiva hacia el futuro.
4. Afrontamiento con enfoque distracción-diversión: se basa en redireccionar la atención, los pensamientos y las conductas hacia actividades lúdicas y distractoras que atenúan el malestar emocional.
5. Afrontamiento de planeación: que incluye la realización de técnicas conductuales para planear actividades, incluyendo las involucradas con el padecimiento médico.

La validación mexicana de la escala CCQ fue realizada por Robles et al. (2009), quienes reportaron que es un instrumento válido y confiable para la población en México (coeficiente alpha de Cronbach = 0.90). Se encontró evidencia de las cinco dimensiones del cuestionario original (afrontamiento, enfoque positivo, diversión, planeación y solución de problemas) y una explicación de la varianza del 71.67%. Poco después, en 2010, Galindo-Vázquez llevó a cabo un estudio para determinar los estilos de afrontamiento con enfoque positivo y su relación con síntomas depresivos y ansiosos en 83 mujeres con

cáncer de mama en dos hospitales de la ciudad de México: un hospital general y un hospital de alta especialidad. Para evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa utilizó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. Entre los principales hallazgos del estudio, se encontró que los estilos de afrontamiento con enfoque positivo eran estadísticamente mayores en la muestra del hospital de alta especialidad. Además señaló que una proporción elevada, casi el 70% de los individuos reportó sintomatología depresiva, siendo más de la mitad (60%) de una gravedad severa. Con respecto a la ansiedad, también reportó una frecuencia del 70%, con el 59% en calidad de severa. La asociación entre los estilos de afrontamiento con enfoque positivo y sintomatología depresiva fue inversamente proporcional (correlación -0.88 , $p=0.01$). De la misma manera, los estilos de afrontamiento con enfoque positivo se correlacionaron de manera negativa con la sintomatología ansiosa (-0.845), aunque sin llegar a ser un hallazgo significativo. Esta investigación aporta evidencia de la relación que existe entre los estilos de afrontamiento con enfoque positivo con la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres con cáncer de mama.

Otros trabajos realizados en México acerca de los factores psicológicos en el cáncer, incluyen el de Escalera (2007), quien estudió la relación del afrontamiento y calidad de vida en 53 mujeres pacientes con cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Escalera utilizó la escala de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman y el Cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC QLQ-30*, por sus siglas en inglés). Su estudio concluye que las mujeres que mostraron mecanismos de afrontamiento adaptativos (redefinición cognitiva y requerimiento de información y asesoramiento) se correlacionaron con una mejor funcionalidad. No obstante, el tamaño reducido de la muestra solo permite una generalización limitada de los hallazgos.

Otra escala de afrontamiento que ha sido adaptada al contexto de México es la Escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación al cáncer de mama, la cual fue validada por Barrientos en el 2009 en 920 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama que acudieron a la consulta médica oncológica del INCan. Se identificaron tres estrategias de afrontamiento: 1) las estrategias afectivas que hacen referencia al “control de las

reacciones emocionales de la persona, que se manifiestan con sentimientos frente a sí mismo y frente a los que lo rodean” (p. 16); 2) las estrategias cognitivas/racionales en las que “aceptan la situación y se ocupan de darle solución, utilizando todos los recursos disponibles” (p. 16); y 3) las estrategias evasivas que “tratan de minimizar el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola” (p. 16). El hallazgo más sobresaliente es que la estrategia predominante en las mujeres con cáncer de mama fue la afectiva (49%), seguida de la cognitiva/racional en un 28% y finalmente la evasiva en un 23%. No obstante, la autora concluye que las dos últimas estrategias limitan la adaptación de las mujeres a la enfermedad debido a que no se enfocan en la solución del problema.

En este capítulo se llevó a cabo el abordaje del concepto de afrontamiento. Con base en esta revisión, el enfoque de afrontamiento que se utilizó en este trabajo es el planteado por Moorey et al. (2003) acerca de los estilos de afrontamiento con enfoque positivo y la escala que ellos formularon para evaluar estos estilos en individuos con cáncer. En el siguiente capítulo se exponen algunas teorías de resiliencia y los hallazgos más representativos provenientes de la investigación en torno a su relación con cáncer.

CAPITULO III

EL PAPEL DE LA RESILIENCIA FRENTE AL CÁNCER

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española (2014), el término de resiliencia tiene su origen en el latín *resiliens*, *resilire* que significa “saltar hacia atrás, rebotar, replegarse” y cuenta con dos definiciones, una desde el área de la física y otra desde la perspectiva psicológica. Desde esta segunda rama, se plantea que la resiliencia trata de un “proceso dinámico que incluye los factores protectores y la adaptación positiva ante un contexto de adversidad” (Luthar et al., 2000; p. 543). De este planteamiento psicológico surge la investigación en resiliencia.

El Proyecto Internacional de Resiliencia 2003-2005 (*The International Resilience Project*, en inglés), llevado a cabo por el *Resilience Research Centre*, surgió con el objetivo de tener un entendimiento transcultural de cómo es que la juventud alrededor del mundo afronta de manera efectiva las diferentes adversidades, utilizando una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) para examinar los factores individuales, interpersonales, familiares, comunitarios y culturales. En este grupo participa Edith Grotberg (1995), quien define la resiliencia como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado por ellas” (p. 9). Su trabajo inicial se centró, por una parte, en identificar los factores y características de niños que vivían en condiciones adversas y eran capaces de sobreponerse a ellas y, por la otra, en diferenciarlos de niños en la misma situación pero sin la capacidad de enfrentar positivamente la experiencia.

A partir de dicho trabajo creó un modelo de resiliencia donde caracterizó a los niños resilientes a través de la posesión de *tres recursos* que en el lenguaje se expresan de la siguiente manera:

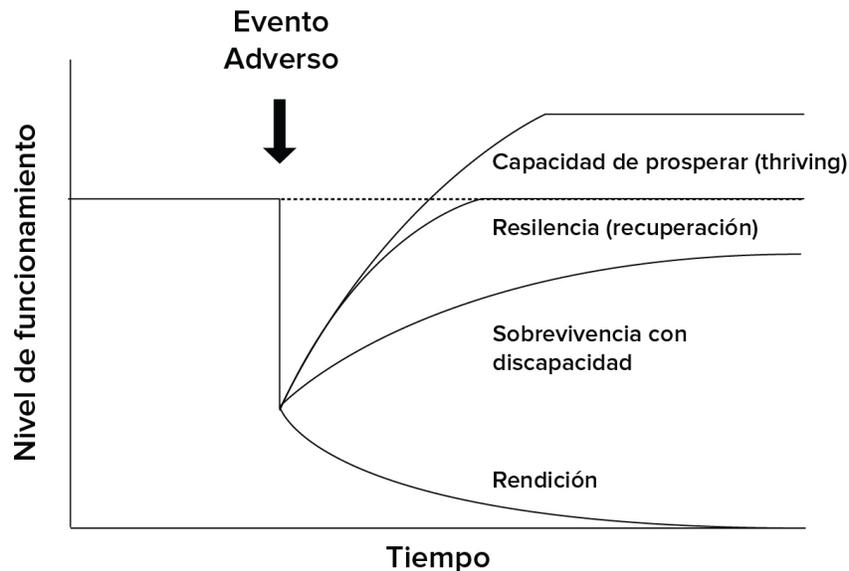
- **“Yo soy” / “Yo estoy”**: hace referencia a las fortalezas psicológicas y condiciones internas de la persona.
- **“Yo tengo”**: tiene que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir.
- **“Yo puedo”**: trata de las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas.

Si bien Grotberg comenta que los niños resilientes no requieren de todos los recursos mencionados, la presencia de solo uno de ellos no es suficiente: es decir, la resiliencia es el resultado de la combinación de estos tres recursos.

Estos recursos proporcionan una idea de cómo el sujeto se apropia de la realidad y abre la posibilidad de un comportamiento saludable o de superación de los eventos traumáticos. Además, planteó que se puede promover la resiliencia dentro del ciclo de vida, por lo que desarrolló una guía que plantea las estrategias de promoción de acuerdo a lo que se debe hacer en cada etapa del desarrollo para así potenciar nuevos factores de resiliencia sobre la base de los anteriores. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló un manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes en el que postulan que hay que procurar que la crianza y la educación formal e informal aumenten las situaciones que producen estas verbalizaciones en cada niño que crece (Munist et al., 1998). Esto implica que la resiliencia se puede promover, potenciar y reforzar (Grotberg, 2003).

Otro planteamiento es el de Carver (1998), quien considera que las experiencias traumáticas (psicológicas o físicas) pueden beneficiar al individuo que las experimenta. El autor establece una diferenciación entre la resiliencia y la capacidad de prosperar o "*thriving*". Esta última hace referencia a un resultado positivo ante la adversidad, por arriba del nivel inicial que conlleva una reactividad disminuida ante estresores subsecuentes, con una rápida recuperación y niveles constantes de alto funcionamiento, como se aprecia en la siguiente figura.

Figura 3. Respuestas potenciales al trauma



Modificado de Carver, 1998.

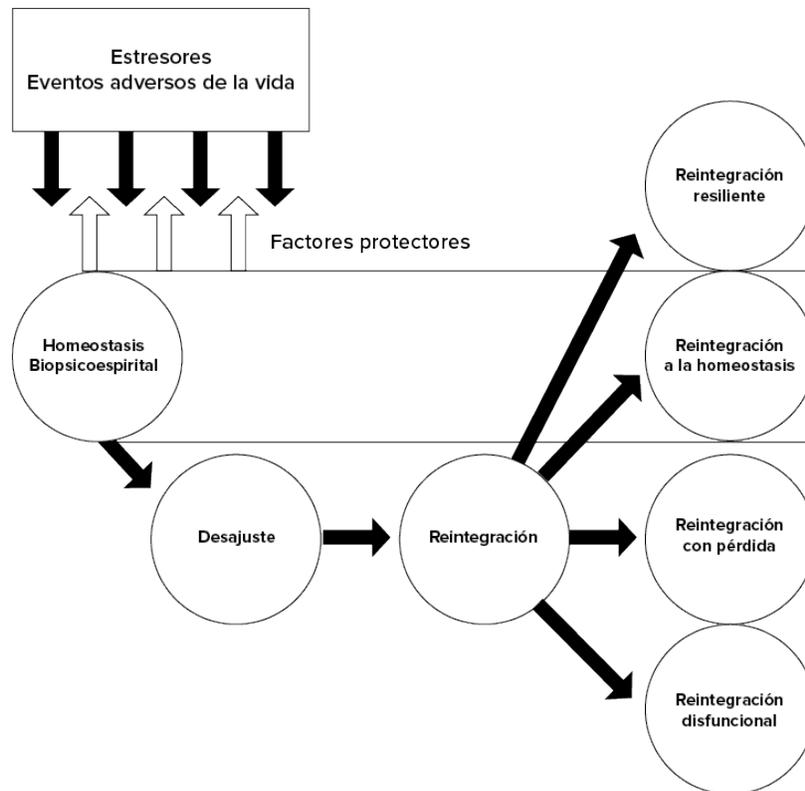
De acuerdo a la metateoría de la resiliencia de Richardson (2002) hubo tres etapas u “olas” en la creación del constructo. La *primera ola* correspondió a la identificación fenomenológica de ciertas características de los sobrevivientes, es decir, las cualidades del individuo – inicialmente en niños y adolescentes - y de su sistema de apoyo para predecir el éxito personal y social en personas que se encontraban en situaciones de adversidad. La *segunda ola* integró el término de resiliencia, entendida como el proceso de afrontamiento ante estresores, adversidades o cambios que resultan en la identificación y enriquecimiento de factores protectores. Finalmente, la *tercera ola* llevó a la identificación de las fuerzas motivacionales entre los individuos y la creación de experiencias que activan y utilizan esas fuerzas que se traducen en la búsqueda de la auto-actualización, el altruismo, la sabiduría y la armonía con la fuente espiritual de energía.

Para Richardson todo inicia en un punto de balance (homeostasis) bio-psico-espiritual en el que adaptamos nuestro cuerpo, mente y espíritu a las circunstancias de la vida. Los conflictos internos y estresores externos siempre están presentes y cada persona se adapta a ellos de acuerdo al *aprendizaje de las experiencias pasadas*, hayan

sido exitosas o no. Con el tiempo, la respuesta a este proceso reintegrativo puede tener cuatro desenlaces:

1. La afectación representa una oportunidad de crecimiento con aumento de la resiliencia, lo que lleva a un nivel más alto de homeostasis. De acuerdo con Carver, se trataría de la capacidad de prosperar o “thriving”.
2. El regreso al punto basal de equilibrio, que se logra al realizar un esfuerzo para superar la afectación.
3. La recuperación con pérdida, que coloca al individuo en un nivel menor de homeostasis.
4. Un estado disfuncional en el cual se utilizan estrategias maladaptativas (entre las que se incluyen las conductas auto-destructivas) para afrontar el estresor y en el cual se puede presentar depresión y/o ansiedad.

Figura 4. La metateoría de resiliencia



Modificado de Richardson, 2002.

Para Rutter (2012), la resiliencia se puede definir como “una vulnerabilidad reducida ante experiencias de riesgo, la superación de un estresor o adversidad, o un desenlace relativamente bueno a pesar de las experiencias de riesgo”. Por lo anterior, se trata de “un concepto *interactivo* en el que la presencia de resiliencia tiene que *deducirse* de las variaciones individuales en el desenlace de aquellos que han experimentado algún estresor importante o adversidad” (p. 336). El mismo autor menciona que una de las características que se plantea dentro del constructo de resiliencia es el “efecto de fortalecimiento” - “*steeling effect*” en inglés - que hace referencia a que la exposición a estresores o adversidades puede aumentar las vulnerabilidades a través de la sensibilización o disminuir las vulnerabilidades a través del “efecto de fortalecimiento”. Esto se debe a que hay mecanismos de “inoculación”, es decir, que la exposición a dosis pequeñas de peligro sirve para crear una resistencia a dosis mayores, dando la oportunidad para adquirir defensas psicológicas y físicas efectivas.

Es así que la resiliencia juega un papel en la respuesta emocional ante cualquier estresor o adversidad, incluyendo las enfermedades médicas. De acuerdo con Saavedra y Villalta (2008), la resiliencia es una hipótesis explicativa de la conducta saludable en condiciones de adversidad o alto riesgo; se trata de un rasgo personal, constituido desde el vínculo temprano y cultivado a lo largo de la historia del sujeto, que le permite apropiarse de los sucesos de la vida. La interacción de los elementos de la resiliencia – como autoestima, autoeficacia y apoyo social -, son relevantes para determinar las maneras en las que el sujeto se apropia de su realidad con la posibilidad de un comportamiento saludable y de superación de los eventos traumáticos.

Resiliencia y enfermedad crónica

La pérdida de la salud física es considerada como un evento adverso en la vida, que está relacionada con procesos psicológicos que ocurren en el individuo médicamente enfermo. Por esta razón el estudio de la resiliencia ha cobrado tanta fuerza, ya que intenta reconocer la relación entre las diferentes enfermedades médicas y los procesos psicológicos que las acompañan.

En individuos médicamente enfermos se han reportaron diversas características de la resiliencia - autoestima, optimismo, autoeficacia, fortaleza psicológica (*hardiness*), esperanza, espiritualidad, determinación, estrategias de afrontamiento acertivas y apoyo social - (Stewart & Yuen, 2011); características que fueron predictivas para un mejor estado físico y psicológico. Hay evidencia que sugiere que los individuos con mayor resiliencia tienen ciertas características como una adecuada prueba de realidad, mayor tolerancia ante las emociones negativas, fuerte capacidad para la auto-reflexión y un gran sentido de responsabilidad (Vanderpol, 2002). Estas características son fundamentales para entender la respuesta emocional a la enfermedad y sus tratamientos.

Al igual que los estudios iniciales de resiliencia, los estudios de resiliencia y cáncer se realizaban principalmente en población pediátrica, por lo que la generalización de los resultados no incluía a la población adulta. En la actualidad ya se cuenta con esa información.

Resiliencia y cáncer

Con la finalidad de identificar la relación entre resiliencia y *distrés*, Min et al. (2013) realizaron un estudio en 152 individuos hospitalizados de manera consecutiva para atención oncológica en un hospital en Seúl. Para ello utilizaron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (*CD-RISC*, por sus siglas en inglés), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*HADS*, por sus siglas en inglés) y un Cuestionario de Apoyo Social y Funcional (*Duke-University of North Carolina Functional Social Support Questionnaire*, *FSSQ*, por sus siglas en inglés). Es importante mencionar que los autores dividieron la resiliencia en cuartiles y utilizaron el puntaje de la Escala *HADS* como un total que refleja *distrés*. Es decir, no recurrieron a las dos subescalas que normalmente se utilizan para establecer sintomatología ansiosa y depresiva. Encontraron que los altos niveles de resiliencia se asociaron de manera significativa con menor *distrés*. De acuerdo con su análisis, el riesgo de tener *distrés* en los individuos con alta resiliencia fue una décima parte en comparación con los individuos con baja resiliencia.

Por otra parte, Sharpley et al. (2014) analizaron la relación entre resiliencia y depresión en 425 hombres con diagnóstico de cáncer de próstata en dos hospitales de

Australia. Para ello utilizaron la Escala CD-RISC para evaluar resiliencia y la Escala PHQ-9 para evaluar depresión. Adicionalmente, los autores encontraron que los puntajes de depresión fueron significativamente mayores en hombres que estaban en el grupo de baja resiliencia, lo que los llevó a concluir que la resiliencia se asocia de manera inversa con la depresión.

A su vez, Markovitz et al. (2015) realizaron un estudio en Bélgica con el objetivo de investigar el rol de la resiliencia como predictor de la respuesta emocional en 253 mujeres con cáncer de mama y evaluar si esta asociación era específica para mujeres con esta condición estresante, por lo que hicieron el comparativo con un grupo control de 211 mujeres sanas. Utilizaron la Escala CD-RISC para evaluar resiliencia, la Escala HADS para evaluar sintomatología ansiosa y depresiva, la Escala de Afecto Positivo y Negativo (*PANAS*, por sus siglas en inglés) para medir afecto y dos preguntas acerca de felicidad en general y felicidad actual con un puntaje de 1 a 7; mismos que se aplicaron durante la hospitalización posterior a la cirugía oncológica (lumpectomía o mastectomía de acuerdo a la etapa clínica). En el estudio se reporta que los niveles elevados de resiliencia son un factor protector para el desarrollo de ansiedad y depresión y permiten a los individuos presentar un alto nivel de felicidad actual, a pesar de la adversidad. De igual manera, encontraron que los niveles elevados de resiliencia no juegan un papel en la reducción del afecto negativo, lo que se traduce en que las personas resilientes también experimentan emociones negativas ante un evento estresante, pero que poseen características psicológicas para manejar la emoción de una manera más adaptativa, lo cual previene el desarrollo de psicopatología. Finalmente concluyeron que la resiliencia es un factor esencial que contribuye al funcionamiento emocional ya que las mujeres con altos niveles de resiliencia - si bien no están exentas del impacto emocional del diagnóstico de cáncer - , están mejor “equipadas”, por decirlo de algún modo, para contender con el impacto negativo del mismo y tienen menor probabilidad de responder con síntomas ansiosos o depresivos.

En un estudio reciente de Matzka et al. (2016) cuyo objetivo era conocer la relación entre resiliencia, *distrés* psicológico y actividad física en 343 individuos con diagnóstico de cáncer de un hospital general en Austria, aplicaron los siguientes instrumentos: Escala CD-RISC-10 (versión corta de la CD-RISC, que cuenta con 10 ítems) para evaluar

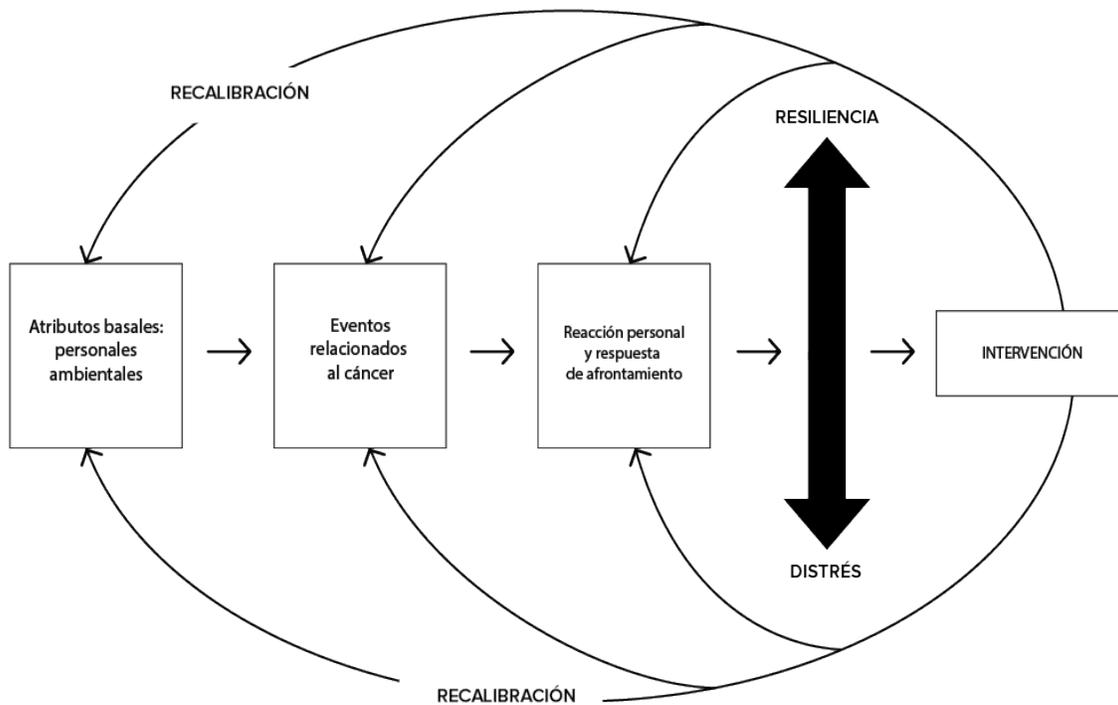
resiliencia, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (*MSPSS*, por sus siglas en inglés) para evaluar el apoyo social, y la Lista de Verificación de Síntomas de Rotterdam (*RSCL*, por sus siglas en inglés) con el propósito de evaluar la calidad de vida de los pacientes en cuatro dominios: *distrés* físico, *distrés* psicológico, nivel de actividad y calidad de vida en general. Los hallazgos reportados sugieren que la resiliencia está fuertemente asociada con bajos niveles de *distrés* psicológico y mejores niveles de actividad física (por ejemplo, estatus funcional) y calidad de vida en individuos con cáncer.

En otro estudio reciente, Deshields et al. (2016), propusieron un modelo conceptual de resiliencia específico para cáncer. Los autores conciben la resiliencia de dos maneras: por una parte, como un proceso dinámico y, por otra, como una serie de resultados que están influenciados por las habilidades y atributos individuales que se caracterizan por una adaptación saludable ante contextos de adversidad. Entre ellos, incluyeron el regreso a la homeostasis y la capacidad de prosperar. Adicionalmente, sugieren que las experiencias post-cáncer (incluyendo las intervenciones terapéuticas) pueden modificar la respuesta inicial a la adversidad a través de un proceso que denominaron “recalibración”. Plantean que existen *atributos premórbidos o basales* que puede ser protectores o perjudiciales. Estos pueden ser rasgos de personalidad, conjuntos cognitivos (optimismo), inteligencia, experiencias pasadas, presencia de soporte social, estado marital, religión y ausencia de estresores adicionales.

El *estresor* - en este caso los eventos relacionados con el cáncer - incluye las experiencias relacionadas con la identificación de síntomas preocupantes, la realización de estudios diagnósticos, la confirmación del diagnóstico, el inicio de tratamiento(s), el seguimiento y vigilancia, el ajuste a la sobrevivencia (incluyendo los cambios físicos que conlleva y los reajustes de roles dentro del contexto familiar) y la recurrencia o progresión de la enfermedad. Los autores sugieren que estos eventos relacionados con el cáncer son significativos e influyen en la manera en que el individuo percibe o reacciona ante la enfermedad, lo que facilita o inhibe una respuesta resiliente. La *reacción personal* y el *afrentamiento* tienen que ver con las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales ante la experiencia del cáncer. Estas pueden ser preocupación, *distrés*, miedo o tristeza; síntomas que pueden intensificarse y provocar un diagnóstico clínico psiquiátrico.

El modelo de Deshields et al. (2016) se basa en la *recalibración*, mecanismo mediante el cual los individuos realizan ajustes continuos en sus reacciones personales y respuestas de afrontamiento, basados en sus interpretaciones y experiencias, lo que afecta su posición en el *continuum* de *distrés-resiliencia*. El concepto de recalibración es una extensión de las definiciones previas de resiliencia que resaltaban el proceso de adaptación y hacían hincapié en que la resiliencia es un proceso dinámico y fluido. De esta manera, el proceso de recalibración puede ocurrir en cualquier momento de la vida de una persona, pero especialmente cuando se encuentra ante un estresor específico. A continuación se muestra el modelo de manera gráfica.

Figura 5. Modelo de resiliencia



Modificado de Deshields et al., 2016.

Como se mencionó anteriormente, Grotberg planteó un modelo de resiliencia basado en la combinación e interacción de tres recursos: “Yo soy/Yo estoy”, “Yo tengo” y “Yo puedo”. Con base en esto, Saavedra y Villalta (2008) retomaron la noción de dichos recursos y añadieron la historia del sujeto, bajo el supuesto de que la manera en que cada persona interpreta y actúa ante los problemas es recurrente a lo largo de la vida. Los autores señalan que la respuesta resiliente es una acción de las personas caracterizada por una evaluación de los elementos cognitivos y afectivos del problema que surgen de un sistema de creencias y vínculos sociales que brindan seguridad.

Con lo anterior, postularon doce factores que se pueden agrupar en cuatro ámbitos de profundidad, que van desde la conducta evidente (respuesta resiliente) hasta el sistema de creencias que la interpreta y la hace recurrente (condiciones de base). Los doce factores describen diferentes interacciones del sujeto: consigo mismo, con los otros, con sus posibilidades (Figura 6).

Figura 6. Factores de resiliencia de acuerdo a Saavedra y Villalta

	CONDICIONES DE BASE	VISIÓN DE SI MISMO	VISIÓN DEL PROBLEMA	RESPUESTA RESILIENTE
Yo soy, Yo estoy	F1: Identidad	F2: Autonomía	F3: Satisfacción	F4: Pragmatismo
Yo tengo	F5: Vínculos	F6: Redes	F7: Modelos	F8: Metas
Yo puedo	F9: Afectividad	F10: Autoeficacia	F11: Aprendizaje	F12: Generatividad

Modificado de Saavedra y Villalta, 2008.

Las definiciones conceptuales de cada uno de estos factores se presentan a continuación: Identidad (F1) hace referencia a los juicios emanados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable; Autonomía (F2) se refiere al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular al

entorno sociocultural; Satisfacción (F3) trata de los juicios del sujeto para interpretar una situación problemática; Pragmatismo (F4) se refiere a los juicios que develan la forma de interpretar las acciones; Vínculos (F5) ponen en relieve el valor de la socialización primaria y las redes sociales con raíces en la historia personal; Redes (F6) tratan del vínculo afectivo que establece la persona con su contexto social cercano; Modelos (F7) se refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas; Metas (F8) tratan del valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática; Afectividad (F9) hace referencia a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno; Autoeficacia (F10) se refiere a las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí misma ante una situación problemática; Aprendizaje (F11) implica valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje y Generatividad (F12) se refiere a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

A partir de esos postulados Saavedra y Villalta (2008) crearon la escala SV-RES, que consta de 60 ítems, divididos en los 12 factores mencionados. Un estudio posterior de Saavedra et al. (2012) llevado a cabo en 126 individuos encontró que existe una relación inversa entre depresión y resiliencia. Concluyeron que los sujetos con depresión tienen menor capacidad de generar respuestas resilientes, destacando que los factores más afectados fueron “Afectividad”, “Autonomía” y “Pragmatismo”, lo que implicaría que se encuentra disminuida la capacidad de conectarse afectivamente con otros, pero a su vez teniendo más conductas dependientes y generando respuestas poco realistas frente a los problemas. Por otro lado, encontraron que existe mayor probabilidad de encontrar sujetos resilientes en aquellos sin diagnóstico de depresión, siendo los factores de “Modelos”, “Identidad” y “Generatividad” los predominantes, lo que se puede interpretar como que tienen la capacidad de aprender de otros, sin perder de lado su integridad y definición de sí mismos, lo que los ayuda a generar respuestas alternativas a las diferentes adversidades.

En la búsqueda de información bibliográfica que se llevó a cabo, no se encontró una escala específica que evalúe la resiliencia en individuos con cáncer. Los estudios realizados en esa población han utilizado la escala de Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (2003). Sin embargo, para explorar los tres recursos de la resiliencia planteados

por Grotberg y, posteriormente, los factores propuestos por Saavedra y Villalta (2008), se decidió utilizar la escala de éste último. Con base en estos referentes teóricos, se planteó un estudio en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, en el siguiente capítulo se describe el planteamiento del problema y los aspectos metodológicos en los que se basa esta propuesta.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

El desarrollo de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama ha sido ampliamente reportado en la literatura internacional (Derogatis, 1983; Costanzo et al., 2009; Mitchell et al., 2011; Linden et al., 2012; Maass et al., 2015; Singer et al., 2016) y nacional (Morales-Chávez, et al. 2007). Como se sabe, las reacciones emocionales ante el diagnóstico, las implicaciones del tratamiento y el pronóstico son diferentes en cada persona y pueden ser protectoras o precipitantes de algún trastorno psiquiátrico. Los estilos de afrontamiento, como tema interdisciplinario, han sido abordados por diferentes disciplinas como enfermería, psicología y psiquiatría. Sin embargo, la relación entre resiliencia y cáncer ha sido poco desarrollada en las investigaciones. El objetivo de esta investigación es identificar los recursos psicológicos (resiliencia y afrontamiento) que emplean las mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama y su relación con el desarrollo de dos trastornos psiquiátricos: depresión y/o ansiedad.

Pregunta de investigación

¿Existe alguna relación entre la resiliencia, los estilos de afrontamiento y el desarrollo de depresión y/o ansiedad en una muestra de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que acuden a un centro oncológico de la Ciudad de México?

Justificación

En México, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más prevalente en mujeres y conlleva un gran potencial para desarrollar síntomas o trastornos psiquiátricos. Si bien gran parte de la investigación nacional se ha enfocado en determinar los estilos de afrontamiento que utilizan estas mujeres, es escaso el conocimiento que se tiene acerca del papel que juega la resiliencia dentro del proceso psicológico de adaptación a la enfermedad y la asociación que tiene con la presencia de depresión y/o ansiedad. Entender estos fenómenos, que pueden llegar a verse como recursos psicológicos positivos, permitirá realizar intervenciones tempranas en las mujeres con ese padecimiento.

Objetivos

Objetivo General

- Identificar los recursos psicológicos (resiliencia y afrontamiento) que emplean las mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama y su posible relación con el desarrollo de dos trastornos psiquiátricos: depresión y/o ansiedad.

Objetivos Específicos

- Obtener las propiedades psicométricas de los instrumentos en la población de estudio.
- Calcular la prevalencia de diagnósticos de depresión, ansiedad y ambos en mujeres con cáncer de mama.
- Describir la relación de las variables antecedentes, clínicas y tratamientos oncológicos en la población de estudio con los diagnósticos psiquiátricos.
- Describir los estilos de afrontamiento con enfoque positivo que utilizan las mujeres con cáncer de mama.
- Describir los niveles de resiliencia de las mujeres con cáncer de mama.

Hipótesis

Hipótesis nula

No existe una asociación entre los trastornos psiquiátricos (depresión y/o ansiedad) con el grado de resiliencia y los estilos de afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama.

Hipótesis alterna

Existe una asociación entre los trastornos psiquiátricos (depresión y/o ansiedad) con el grado resiliencia y los estilos de afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, no probabilístico, por conveniencia, analítico y comparativo, considerando dos grupos de mujeres: quienes desarrollaron un trastorno psiquiátrico (depresión y/o ansiedad) y quienes no lo desarrollaron, en cuanto al nivel de resiliencia y los estilos de afrontamiento.

Población de estudio

El estudio se llevó a cabo en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que se encontraban en tratamiento en un centro de atención pública especializado en oncología afiliado al Seguro Popular. La estrategia que se siguió para establecer contacto con las mujeres fue invitarlas a participar en el estudio, independientemente del estadio de la enfermedad y el tratamiento en curso.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: edad mayor a 18 años, consentimiento informado firmado para participar en el estudio, conocimientos básicos que permitieran que la persona pudiera leer y comprender los cuestionarios. Los criterios de exclusión fueron mujeres con deterioro cognoscitivo, discapacidad intelectual, que no hablaran el idioma castellano o que tuvieran dificultad para comunicarse (déficit visual o

auditivo) y mujeres con neoplasia comórbida. El criterio de eliminación fue que alguna de las participantes retirara su consentimiento informado del estudio.

Tamaño de muestra

El procedimiento que se siguió para el cálculo de tamaño de muestra fue a través del contraste de hipótesis de estudios de casos y controles para estimar razones de momios, del paquete STATA, versión 13.1 (2013).

Debido a que no existen estimaciones de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos con base en el nivel de resiliencia en poblaciones similares a las de este estudio, se propuso el porcentaje de 20% con base en la experiencia en la práctica clínica. Es decir, bajo el supuesto de que una quinta parte de las mujeres con buena resiliencia presentarían depresión y/o ansiedad y para detectar una razón de momios de 3, se requerirían 64 mujeres por grupo para alcanzar un poder estadístico del 80% con un alfa de 0.05. Por factibilidad, si solo se pudieron reclutar 100 mujeres en cinco meses, la potencia calculada bajo los mismos supuestos sería del 70%.

El reclutamiento se llevó a cabo durante el período de julio a noviembre de 2015. La muestra se conformó por un total de 123 mujeres con cáncer de mama, no se presentó ningún rechazo para participar en el estudio y tampoco se cumplieron los criterios de eliminación. Sin embargo, no se pudieron utilizar los cuestionarios de nueve mujeres debido a que no fueron llenados adecuadamente, motivo por el cual la muestra total obtenida y analizada fue de 114 mujeres con cáncer de mama, obteniendo así un poder estadístico del 89%.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki. Esta investigación fue sometida y aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz el día 6 de abril del 2015, con número CEI/036/2015 (ver anexo 1).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo (de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, capítulo I), Artículo 17, la investigación se clasificó en el *riesgo mínimo*: con procedimientos comunes en exámenes físicos y psicológicos de diagnóstico.

La participación de los sujetos fue *completamente voluntaria* y se puso especial énfasis en mencionar que la participación en el estudio era *independiente* del proceso de atención oncológica. Se les informó de forma verbal de los procedimientos y objetivos del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado escrito para su participación. En el anexo se incluye el formato de consentimiento informado que se utilizó en el estudio.

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de las pacientes que aceptaron participar se le asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales estuvieron bajo el resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

Levantamiento de campo

Las mujeres que acudieron a este centro de atención pública especializado en oncología afiliado al Seguro Popular podían estar en el proceso diagnóstico para cáncer de mama o ya contar con el mismo. De manera estandarizada, el servicio de Psiquiatría de Enlace (conformado por la investigadora de este estudio) valoraba a *todas* las mujeres que se encontraban *en tratamiento para cáncer de mama*, el cual podía estar en diferentes etapas: cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o terapia blanco. También de manera protocolizada, antes de cada valoración en el servicio de Psiquiatría de Enlace se aplicaba la Escala HADS a todas las pacientes.

Por lo anterior, se planteó que en la *valoración inicial* de psiquiatría en la que la investigadora llevó a cabo la entrevista psiquiátrica estructurada y al confirmar que se trataba de una mujer que cubría los criterios de inclusión para el estudio, se le invitaba a participar comentando lo siguiente:

“Estoy haciendo un estudio para saber cómo es que las mujeres con cáncer de mama están manejando sus emociones ante el diagnóstico y tratamiento y cómo han hecho frente a esta experiencia... Le reitero que esta actividad es independiente de la atención que recibe en esta institución y forma parte de una investigación que estoy realizando como parte de la maestría, ¿estaría interesada en participar?”

Posteriormente se explicaban los objetivos, se aclaraban las dudas y se enfatizaba en la confidencialidad del estudio.

- Se les explicó a las pacientes que su participación era voluntaria, haciendo especial énfasis en que aún cuando decidieran no participar, su proceso de atención sería el mismo que quienes sí habían aceptado colaborar. Todas las mujeres que fueron invitadas aceptaron participar.
- A las pacientes que aceptaron participar, se les solicitó su firma en el formato de consentimiento informado y se le entregó una copia a fin de que pudieran establecer contacto con la investigadora responsable en caso de inquietudes o dudas de su participación. Posterior a esto se le solicitó responder las siguientes escalas autoaplicables: Escala de resiliencia (SV-RES), y el Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer (CCQ).

Al finalizar, una vez que la paciente regresaba los cuestionarios, se les preguntó nuevamente si tenía alguna duda o comentario a las preguntas, posteriormente se revisó que todos los reactivos estuvieran respondidos y finalmente se agradeció su participación en el estudio.

Cabe mencionar que todas las pacientes, hayan participado o no en el estudio, tuvieron seguimiento por parte del servicio de Psiquiatría de Enlace y, en caso de ser necesario, por el de Psicología.

Definición conceptual de las variables

- Afrontamiento: para efectos de este trabajo se utiliza el planteamiento de Mooney et al. (2003) acerca de los estilos de afrontamiento con *enfoque positivo* y la escala que los autores formularon para evaluar estos estilos en individuos con cáncer. Sin embargo, ellos no hacen un planteamiento conceptual del afrontamiento, lo cual es una limitación de su trabajo. Por tal motivo se utiliza la definición conceptual proporcionada por Lazarus y Folkman (1986) en la que definen al afrontamiento como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164), asociando el *enfoque positivo* con el *afrontamiento enfocado en el problema*, ya que ambos son considerados mecanismos adaptativos.
- Resiliencia: se eligió la propuesta de resiliencia planteada por Saavedra y Villalta (2008) que hace referencia a la acción de las personas caracterizada por una evaluación de los elementos cognitivos y afectivos del problema, que surgen de un sistema de creencias y vínculos sociales que brindan seguridad.
- Depresión: definido por el DSM-IV-TR como un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de tristeza casi todo el día, anhedonia, alteraciones en el sueño y apetito, agitación o retraso psicomotor, fatiga, fallas cognitivas, sentimientos de inutilidad, culpa y hasta fantasías de muerte; mismos que causan malestar clínicamente significativo y tienen una duración mínima de dos semanas.
- Ansiedad: definido por el DSM-IV-TR como un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupación excesiva difícil de controlar, asociada a sensación de inquietud, fatiga, irritabilidad, fallas cognitivas, tensión muscular y alteraciones del sueño, mismos que causan malestar clínicamente significativo y tienen una duración mínima de seis meses.

Definición operativa de las variables

- Variables Independientes
 - Afrontamiento
 - Resiliencia
- Variables Dependientes
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Depresión y ansiedad

Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

1. Formato de datos demográficos

Es una cédula de registro compuesta por cinco reactivos que indaga acerca de la siguiente información sociodemográfica: edad, estado civil, escolaridad (en años), ocupación y religión.

2. Formato de datos clínicos

Es una cédula de registro que consta de ocho reactivos en la que se incluyen los siguientes datos: consumo de sustancias (previo y actual), comorbilidades médicas, etapa clínica del cáncer (clasificación TNM), metástasis, sitio de metástasis, tratamiento al momento del estudio, tratamiento anterior para cáncer de mama.

3. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Es una escala de tamizaje autoaplicable desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) que se compone de catorce reactivos, de los cuales siete evalúan síntomas ansiosos y siete evalúan síntomas depresivos. Las opciones de respuesta son de

tipo Likert, que oscilan de cero a tres, dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de cero a siete implican ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez sintomatología que requiere consideración y de 11 a 21 la presencia de un probable caso de depresión y/o ansiedad (Snaith, 2003). El metaanálisis de Mitchell et al. (2010) concluyó que el puntaje total de la escala tiene una sensibilidad de 82% y especificidad de 77% para tamizar sintomatología depresiva y ansiosa en individuos con cáncer. Tejero et al. (1986) realizaron la traducción de la escala al castellano y determinaron valores de consistencia interna con un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para depresión.

En México, López-Alvarenga et al. (2002) adaptaron la escala y realizaron la validación en individuos con obesidad, población en la que encontraron un coeficiente de correlación alpha de Cronbach test-retest de 0.84 y 0.86, con una correlación lineal entre las dos de 0.95.

Por su parte, Galindo-Vázquez et al. (2015) validaron la escala en población oncológica, incluyendo a 400 individuos del Instituto Nacional de Cancerología. Durante su proceso de análisis factorial se eliminaron dos reactivos, por lo que con 12 de ellos se obtuvo una explicación del 48% de la varianza, encontrando así una consistencia interna de la escala global con un índice adecuado (alfa = 0.86). Las alfas de Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de 0.79 para la subescala de ansiedad y 0.80 para la subescala de depresión.

Para fines del presente estudio se utilizaron los puntos de corte establecidos por los autores originales Zigmond y Snaith (1983), por lo que, por cada subescala se podían tener los siguientes resultados:

- De cero a siete: ausencia de síntomas ansiosos o depresivos.
- De ocho a diez: síntomas sospechosos que requieren consideración.
- De once a 21: probable caso de depresión y/o ansiedad.

Como se observará en el apartado de resultados, con fines de análisis se unieron las categorías de síntomas sospechosos con los casos probables, es decir, se utilizó un punto de corte igual o arriba de ocho.

4. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI*, por sus siglas en inglés)

Se trata de una entrevista diagnóstica estructurada, de breve duración, desarrollada en Estados Unidos y Francia, que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión (CIE-10). Está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presenta un recuadro gris con una o varias preguntas “filtro” que corresponden a los criterios clínicos obligatorios para cada diagnóstico. Para fines de este trabajo, únicamente se utilizaron los apartados para trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

Los estudios demuestran que tiene una alta validez y confiabilidad. Por ejemplo, Sheehan et al. (1997) realizaron el estudio de validación comparando los diagnósticos psiquiátricos generados por el MINI con la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI), considerado hasta ese momento como el estándar de oro. De igual manera encontraron que los coeficientes kappa, la sensibilidad y la especificidad fueron altos; por ejemplo para trastorno depresivo mayor se reportó una kappa de 0.73, sensibilidad de 0.94, especificidad de 0.79, valor predictivo positivo de 0.82 y valor predictivo negativo de 0.93.

5. Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer (CCQ)

Es una escala autoaplicable desarrollada por Mooney, Frampton y Greer (2003) que se compone de 21 reactivos, diseñada para evaluar el impacto de la terapia psicológica en la conducta de afrontamiento activo-positivo de individuos con cáncer. Las opciones de respuesta son tipo Likert, que oscilan entre uno y cuatro, dando un puntaje mínimo de 14 y máximo de 56. Incluye las siguientes subescalas: a) afrontamiento interpersonal, b) afrontamiento cognitivo-conductual, c) afrontamiento con enfoque positivo, d) afrontamiento con enfoque distracción-diversión, e) afrontamiento de planeación.

La versión en español se obtuvo por medio del proceso de traducción-retraducción por expertos en salud mental con dominio de ambas lenguas (inglés y español). La

validación en México se realizó con un total de 39 mujeres con cáncer de mama atendidas en el Hospital Juárez y el Instituto Nacional de Cancerología. Además, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck. El coeficiente alpha de Cronbach del total de la escala fue de 0.90, compuesta por los cinco factores descritos originalmente por los autores y con una explicación de la varianza del 71.67%. El total del CCQ correlacionó de forma negativa, moderada y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ($r=-0.65$, $p \leq 0.01$) (Robles et al., 2009).

A fin de establecer la pertinencia de esta escala en la población de estudio de esta investigación, de manera previa a los análisis multivariados propuestos en el estudio, se llevó a cabo un análisis factorial para corroborar los niveles de validez y confiabilidad de este instrumento en las participantes de este estudio, como se describe en el apartado del estudio piloto.

6. Escala de Resiliencia (SV-RES)

Fue desarrollada en español por Saavedra y Villalta (2008). Es una escala autoaplicable de 60 ítems divididos en 12 factores específicos de resiliencia: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad; cada factor se evalúa a través de cinco ítems. Las opciones de respuesta son tipo Likert, que van de 1 “muy en desacuerdo” a 5 “muy de acuerdo”, obteniendo así un puntaje mínimo de 60 y máximo de 300, siendo el mayor puntaje un reflejo de mayores habilidades o características resilientes. El estudio de validez realizado por los autores arrojó una r concurrente = 0.76 y confiabilidad medida a través del alfa de Cronbach de 0.96.

Se realizó la adaptación del instrumento convocando a dos grupos: uno de expertos en oncología y otro de mujeres con cáncer de mama, para evaluar la semántica y determinar la comprensión de los ítems. Se llevó a cabo en un centro de atención pública especializado en oncología afiliado al Seguro Popular, con una duración de una hora por cada grupo. A través de las observaciones realizadas, se realizaron las siguientes modificaciones:

- Debido a que la población de estudio se conformó únicamente por mujeres, se realizó el ajuste pertinente en la redacción de los ítems a fin de lograr su adecuada comprensión. Por ejemplo: “Yo estoy seguro de mi mismo” por “Yo estoy segura de mi misma”, y así consecutivamente.
- El ítem 16 se modificó “Yo soy una persona práctica” por “Yo soy una persona con herramientas prácticas”.
- El ítem 19 se modificó “Yo estoy revisando constantemente el sentido de mi vida” por “Yo estoy analizando de manera regular el sentido de mi vida”.
- El ítem 26 se modificó “Yo tengo acceso a servicios sociales-públicos” por “Yo tengo acceso a centros comunitarios públicos”.

Con la muestra obtenida en este estudio se llevaron a cabo los análisis estadísticos a fin de probar la estructura factorial de la escala, mostrando evidencia - como se puede ver en el primer apartado de resultados – de que es una medición válida y confiable para la población de estudio, como se puede ver en el primer apartado de resultados.

Análisis estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas. Para la comparación de proporciones de tablas de contingencia se usó la prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher, dependiendo del número de celdas con valores esperados <5 . Para la comparación de medias entre dos grupos, se utilizó la prueba t para muestras independientes cuando se cumplieron los supuestos paramétricos. En caso contrario se usó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Se calcularon las prevalencias de depresión, ansiedad y ambos diagnósticos con relación a las variables demográficas, clínicas, de resiliencia y afrontamiento.

Posteriormente se realizaron regresiones logísticas simples para conocer la asociación entre depresión con cada una de las variables demográficas, clínicas, de resiliencia y afrontamiento. El mismo procedimiento se siguió para establecer el diagnóstico de ansiedad y la comorbilidad de ambos trastornos. Adicionalmente, se

calcularon las razones de momios y sus intervalos de confianza al 95%. El nivel de significancia estadística se evaluó con una $p < 0.05$.

Se llevó a cabo una regresión logística múltiple incluyendo como variable dependiente el diagnóstico de depresión y como independientes las variables demográficas y clínicas que en los modelos bivariados tuvieron una $p < 0.10$, mientras que las variables de resiliencia y afrontamiento se incluyeron independientemente de su significancia. De manera adicional a este modelo, se llevó a cabo la misma regresión logística incluyendo el término de *interacción* entre afrontamiento y resiliencia. Lo mismo se realizó para el diagnóstico de ansiedad y la comorbilidad de ambos trastornos psiquiátricos.

Todos estos análisis se realizaron con el paquete estadístico STATA versión 13.1.

CAPITULO V

ESTUDIO PILOTO

Propiedades psicométricas de los instrumentos

De manera previa al abordaje de los temas de estudio, se llevó a cabo una fase piloto con los siguientes objetivos: 1) correlacionar la escala de tamizaje HADS con el estándar de oro (diagnósticos psiquiátricos por entrevista estructurada MINI) en la muestra de estudio y 2) obtener las propiedades psicométricas de los instrumentos (cuestionario de afrontamiento al cáncer CCQ y escala de resiliencia SV-RES) en la muestra de estudio. Se utilizó la misma población de estudio, es decir, un total de 114 mujeres con cáncer de mama.

Correlación de la Escala HADS con diagnósticos psiquiátricos en la muestra de estudio

Se evaluó la validez de la escala HADS (tanto para depresión como para ansiedad) como prueba de tamizaje, comparándola con la entrevista psiquiátrica estructurada (MINI) como estándar de oro. Para tal fin, fueron calculadas su sensibilidad (es decir, la capacidad de detectar a pacientes con un verdadero trastorno psiquiátrico) y su especificidad (es decir, la capacidad de identificar correctamente a aquellos pacientes sin un trastorno psiquiátrico).

En la tabla 1 se observa la correlación entre la escala de tamizaje para síntomas de ansiedad y depresión (HADS) utilizando ocho como punto de corte (es decir, uniendo las categorías de síntomas “sospechosos” y “probable caso”), con los diagnósticos psiquiátricos obtenidos en la entrevista estructurada, encontrando que dicha escala es un predictor estadísticamente significativo para la presencia o ausencia de diagnósticos psiquiátricos ($p < 0.001$).

Tabla 1.

Valor predictivo de la Escala HADS con el diagnóstico psiquiátrico

	Diagnóstico psiquiátrico			p
	Ausencia (73) n(%)	Presencia (41) n(%)	Total n=114	
HADS Ansiedad				
Ausencia	58 (89.2)	7 (10.8)	65	<0.001
Sospechoso + Probable	15 (30.6)	34 (69.4)	21	
HADS Depresión				
Ausencia	68 (77.3)	20 (22.7)	88	<0.001
Sospechoso + Probable	5 (19.2)	21 (80.8)	15	

Realizado con prueba chi2

La validez de la escala HADS como prueba diagnóstica para trastornos de ansiedad y depresión dio mejores resultados de sensibilidad y especificidad al utilizar el ocho como punto de corte (es decir, al unir las categorías de síntomas “sospechoso” y “probable caso”). Por ejemplo, en el caso de ansiedad, la escala identificó correctamente al 87.5% de las pacientes con un trastorno de ansiedad clínico; de manera similar, identificó correctamente como no casos al 74.4% de aquellas pacientes sin ansiedad clínica. Se puede apreciar que dichos parámetros fueron mucho mejores para tamizar ansiedad que depresión, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2.

Sensibilidad y Especificidad de la Escala HADS

	Sensibilidad (IC)	Especificidad (IC)	ROC
Ansiedad	87.5 (71-96.5)	74.4 (63.6-83.4)	0.81
Depresión	52.6 (35.8-69)	92.1 (83.6-97)	0.72

Para obtener la estructura factorial de cuestionario de afrontamiento y la escala de resiliencia se llevó a cabo un análisis de discriminación de reactivos y posteriormente se realizó un análisis factorial empleando un método de extracción basado en componentes principales y con rotación oblicua, debido a la alta correlación entre los factores. Para dichos análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0 (2011).

Análisis factorial del cuestionario de afrontamiento al cáncer en la muestra de estudio

Antes de analizar la estructura factorial del cuestionario, se llevó a cabo un análisis de discriminación de reactivos, considerando como criterio de selección una correlación reactivo-total mayor de 0.30 (Kline, 1997; Tabachnick & Fidell, 2013). Como resultado de este análisis se eliminaron tres reactivos (ítems 2, 6 y 11).

Posteriormente se utilizó el método de extracción de componentes principales con rotación oblicua, debido a la alta correlación entre las dimensiones. Con esto se identificaron cuatro factores. Sin embargo, se obtuvo una estructura factorial más definida al ajustar los análisis a tres factores (eliminando los ítems 3 y 4). El factor 1 fue el más sólido: obtuvo una consistencia interna de 0.983 y se denominó “Apoyo de pareja”; seguido por el factor 2 que se denominó “Fortaleza interna” y finalmente el factor 3 que se llamó “Planeación”. La escala total - con 16 reactivos y tres factores - presentó una consistencia interna con un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.909 y explicaron en conjunto el 75.08% de la varianza. En la siguiente tabla se muestran los reactivos que integraron cada uno de los tres factores encontrados y sus consistencias internas.

Tabla 3.

Factores y reactivos del CCQ obtenidos a través del análisis factorial

Reactivos	Correlación ítem total
Factor 1: Apoyo de pareja	
15. Involucré a mi pareja en una actividad que me ayudó a enfrentar el cáncer	0,921
16. Platicué con mi pareja acerca del impacto del cáncer en nuestras vidas	0,959
17. Pregunté a mi pareja qué estaba pensando, en lugar de hacer suposiciones o dar por hecho cosas	0,938
18. Traté de ver al cáncer como un reto que mi pareja y yo debemos de enfrentar juntos	0,957
19. Platicué con mi pareja sobre cómo puede ayudarme o brindarme apoyo	0,971
20. Platicué con mi pareja acerca de cómo podríamos organizar las cosas para poder disfrutarnos	0,969
21. Pensé en cómo el cáncer ha hecho que mi pareja y yo nos unamos más	0,953
Alfa de Cronbach = 0,98	
Factor 2: Fortaleza interna	
7. Vi todas las fortalezas que tengo para luchar contra el cáncer	0,673
8. Controlé la frustración haciendo otras cosas (ejercicio, pasatiempos en casa, jardinería)	0,729
9. Me recordé a mí misma las cosas que aún tengo en la vida, a pesar del cáncer	0,857
10. Organicé mi día de manera que le saqué el mayor provecho, a pesar del cáncer	0,844
12. Resolví mis pensamientos preocupantes contestándome a mí misma las soluciones	0,717
Alfa de Cronbach = 0,830	
Factor 3: Planeación	
1. Hice planes definitivos para el futuro	0,844
5. Hice una lista de cosas importantes para hacer en la semana	0,862
13. Planeé mi día y entonces tuve algunas actividades no relacionadas con el cáncer	0,602
14. Me aseguré de pensar en algunos aspectos positivos de mi vida	0,648
Alfa de Cronbach = 0,788	
Alfa de Cronbach escala total = 0,909	

Análisis factorial de la escala de resiliencia SV-RES en la muestra de estudio

Si bien la escala SV-RES fue creada en población latinoamericana, no ha sido adaptada en México, por lo que era necesario llevar a cabo la validación de este instrumento en población mexicana y femenina. Con esto en mente, se procedió a llevar a cabo el análisis factorial a fin de obtener información sobre las características psicométricas del instrumento, específicamente para las mujeres de este estudio, para posteriormente proceder al análisis comparativo entre los puntajes obtenidos en este instrumento.

El análisis factorial de la escala de resiliencia se llevó a cabo empleando dos modalidades que se describen a continuación:

1. Debido a que al realizar un primer análisis factorial se apreció que todos los componentes se agrupaban en un mismo factor, se concluyó que la resiliencia puede entenderse dentro de un solo constructo, como se evalúa con la Escala CD-RISC. Por lo anterior, se tomó la decisión de utilizar con fines estadísticos

tanto el puntaje total de la escala como la división por terciles, por lo que para cuestiones descriptivas el tercil inferior se consideró como de “resiliencia baja”, el tercil medio como de “resiliencia media” y el tercil superior como de “resiliencia alta”.

2. Adicionalmente y con base en los diferentes factores descritos por Saavedra y Villalta (2008), se decidió hacer un análisis de la estructura factorial del cuestionario, ajustando a tres factores, de manera acorde con los recursos planteados por los autores de dicha escala: p.e. “Yo soy/Yo estoy”, “Yo tengo” y “Yo puedo”.

Posteriormente se utilizó el método de extracción de componentes principales con rotación oblicua, debido a la elevada correlación entre los factores. A continuación, en la figura 7 y tabla 4, se muestran los reactivos que integraron cada uno de los tres factores encontrados, con sus respectivas cargas factoriales y consistencias internas a nivel global y por subescala.

Para el recurso “Yo soy/Yo estoy” se encontraron dos factores que en conjunto explicaron el 52.52% de la varianza. Debido a que dos ítems cargaron en ambos factores, se decidió eliminarlos (ítem 12 y 16). El factor 1, se denominó “Identidad”, mientras que el factor 2 se llamó “Satisfacción”.

Para el recurso “Yo tengo” se encontraron tres factores que en conjunto explicaron el 61.539% de la varianza, se eliminó el ítem 30 debido a que cargó en los tres factores. El factor 3 se denominó “Vínculos”, el factor 4 se llamó “Redes” y el factor 5 se tituló “Fortaleza interna”.

Finalmente, para el recurso “Yo puedo” se encontraron dos factores que en conjunto explicaron el 57.97% de la varianza. Este recurso se conformó por dos factores, no se requirió eliminar ningún ítem. El factor 6 se denominó “Autoeficacia”, mientras que el factor 7 se nombró “Afectividad/Reciprocidad”.

La escala total – con 57 reactivos y siete factores - presentó una consistencia interna con un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.973 y explicaron en conjunto el 72.75% de la varianza.

Cabe mencionar que los nombres de los factores no son exactamente los mismos a los propuestos por Saavedra y Villalta, esto ocurre para los factores

denominados “Fortaleza interna” y “Afectividad/Reciprocidad”. En la figura 7 se aprecian los hallazgos obtenidos de los factores que componen la escala en esta población, mismo que es similar al propuesto por los autores originales de dicho instrumento.

Figura 7. Factores de resiliencia encontrados en la población de estudio

FACTORES			
Yo soy, Yo estoy	F1: Identidad		F2: Satisfacción
Yo tengo	F3: Vínculos	F4: Redes	F5: Fortaleza interna
Yo puedo	F6: Autoeficacia		F7: Afectividad / Reciprocidad

Tabla 4.

Factores y reactivos de la Escala SV-RES obtenidos a través del análisis factorial

Reactivos	Correlación ítem total
Factor 1: Identidad	
1. Yo soy una persona con esperanza	0,716
2. Yo soy una persona con buena autoestima	0,542
3. Yo estoy optimista respecto al futuro	0,462
4. Yo estoy segura de mis creencias y principios	0,724
5. Yo estoy creciendo como persona	0,448
6. Yo estoy rodeada de personas que me ayudan en situaciones difíciles	0,390
7. Yo estoy en contacto con personas que me aprecian	0,473
8. Yo estoy segura de mi misma	0,752
11. Yo soy una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida	0,739
17. Yo soy una persona con metas en la vida	0,529
18. Yo estoy activa frente a mis problemas	0,880
19. Yo estoy revisando constantemente el sentido de mi vida	0,526
20. Yo estoy generando soluciones a mis problemas	0,721
Alfa de Cronbach = 0,907	

Factor 2: Satisfacción	
9. Yo estoy segura de mis proyectos y metas	0,545
10. Yo estoy segura en el ambiente en el que vivo	0,455
13. Yo estoy bien integrada en mi lugar de trabajo o estudio	0,631
14. Yo estoy satisfecho con mis relaciones de amistad	0,765
15. Yo estoy satisfecha con mis relaciones afectivas	0,831

Alfa de Cronbach = 0,819

Factor 3: Vínculos	
21. Yo tengo relaciones personales confiables	0,368
23. Yo tengo relaciones afectivas sólidas	0,426
31. Yo tengo personas que me han orientado y aconsejado	0,664
32. Yo tengo personas que me ayudan a evitar peligros o problemas	0,855
33. Yo tengo personas en las cuales puedo confiar	0,860
34. Yo tengo personas que han confiado sus problemas en mi	0,697
35. Yo tengo personas que me han acompañado cuando he tenido problemas	0,756
38. Yo tengo personas con quien enfrentar los problemas	0,582

Alfa de Cronbach = 0,878

Factor 4: Redes	
22. Yo tengo una familia bien estructurada	0,567
26. Yo tengo acceso a servicios sociales públicos	0,591
27. Yo tengo personas que me apoyan	0,872
28. Yo tengo a quien recurrir en caso de problemas	0,891
29. Yo tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa	0,514

Alfa de Cronbach = 0,819

Factor 5: Fortaleza interna	
24. Yo tengo fortaleza interior	0,784
25. Yo tengo una vida con sentido	0,721
36. Yo tengo metas a corto plazo	0,662
37. Yo tengo mis objetivos claros	0,708
39. Yo tengo proyectos a futuro	0,835
40. Yo tengo problemas que puedo solucionar	0,813

Alfa de Cronbach = 0,891

Factor 6: Autoeficacia	
44. Yo puedo superar las dificultades que se me presentan en la vida	0,573
50. Yo puedo responsabilizarme por lo que hago	0,778
51. Yo puedo ser creativa	0,629
52. Yo puedo comunicarme adecuadamente	0,640
53. Yo puedo aprender de mis aciertos y errores	0,551
55. Yo puedo tomar decisiones	0,417
56. Yo puedo generar estrategias para solucionar mis problemas	0,757
57. Yo puedo fijarme metas realistas	0,790
58. Yo puedo esforzarme para lograr mis objetivos	0,701
59. Yo puedo asumir riesgos	0,830
60. Yo puedo proyectarme a futuro	0,874

Alfa de Cronbach = 0,919

Factor 7: Afectividad/Reciprocidad	
41. Yo puedo hablar de mis emociones	0,677
42. Yo puedo expresar afecto	0,918
43. Yo puedo confiar en las personas	0,647
45. Yo puedo desarrollar vínculos afectivos	0,893
46. Yo puedo resolver problemas de manera efectiva	0,653
47. Yo puedo dar mi opinión	0,730
48. Yo puedo buscar ayuda cuando la necesito	0,725
49. Yo puedo apoyar a otros que tienen dificultades	0,483
54. Yo puedo colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad	0,651

Alfa de Cronbach = 0,907

Alfa de Cronbach escala total = 0,974

Ítems eliminados:

- 12. Yo soy un modelo positivo para otras personas
 - 16. Yo soy una persona práctica
 - 30. Yo tengo satisfacción con lo que he logrado en la vida
-

Con los resultados mostrados se puede apreciar que los instrumentos utilizados son válidos y confiables para evaluar a mujeres con cáncer. A continuación se muestran los resultados propios de esta investigación.

RESULTADOS

A continuación se plantean los resultados obtenidos en este estudio, iniciando por las características demográficas de la población de estudio; seguido de la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y su relación con las variables demográficas; las variables antecedentes asociadas al cáncer y su relación con los diagnósticos psiquiátricos; las características clínicas, de tratamientos oncológicos y puntajes de escalas psicométricas y su relación con los diagnósticos psiquiátricos. Posteriormente se exponen los hallazgos acerca de los niveles de afrontamiento y su relación con diagnósticos psiquiátricos, los niveles de resiliencia y su relación con diagnósticos psiquiátricos; y finalmente se incluyen el modelo de regresión múltiple y el modelo de interacción.

Características demográficas de las participantes

Se incluyó a un total de 114 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. La edad promedio fue de 54.42 años, con un rango de edad entre 33 años y 94 años (DE 10.14 años). El estado civil se agrupó en dos categorías. Más de la mitad (62%) se encontraba en relación de pareja al momento del estudio. Poco más de una tercera parte (38%) estaba sin pareja.

La escolaridad promedio de la muestra fue de 8.44 años (DE 3.78 años), lo que equivale a segundo grado de secundaria, similar al de la población nacional. El rango fue muy variado: desde mujeres que no sabían escribir hasta las que habían realizado estudios superiores a la licenciatura.

Más de una tercera parte de las mujeres (36.9%) contaba con algún tipo de ocupación que implicaba una remuneración económica: autoempleo, trabajo de medio tiempo, trabajo de tiempo completo. Dos terceras partes (63.1%) realizaban actividades no remuneradas: ama de casa y estudiante.

La mayoría de las entrevistadas profesaban la religión católica (87.7%). El 12.3% reportó otras religiones como la cristiana, testigo de Jehová y no practicante.

Prevalencia de depresión y ansiedad en la población de estudio y su relación con las variables demográficas

Del total de mujeres con cáncer de mama incluidas en el estudio, 41, es decir, casi una tercera parte de la muestra (36%) presentó *algún diagnóstico psiquiátrico* corroborado por entrevista estructurada que, como se ha señalado, para fines de este estudio incluye depresión, ansiedad o ambos. En la tabla 5 se muestra la distribución de dichos diagnósticos.

Tabla 5.
Prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en la población de estudio

	n	%
Ausencia	73	64
Depresión	9	7.9
Ansiedad	3	2.6
Ambos	29	25.5
Total	114	100

Al comparar las características demográficas de las pacientes con y sin diagnósticos psiquiátrico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, incluyendo la relación entre la edad y el diagnóstico psiquiátrico.

Si bien se puede observar una diferencia en la escolaridad promedio de mujeres con algún diagnóstico psiquiátrico comparado con las que no lo presentan, este hallazgo tampoco resultó significativo, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 6.
Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por edad y escolaridad

	Diagnóstico psiquiátrico		p
	Ausencia (73)	Presencia (41)	
	Med (RIQ)	Med (RIQ)	
Edad ^a	52 (12)	57 (13)	0.147
	x (DE)	x (DE)	t
Escolaridad ^b	8.89 (3.41)	7.65 (4.3)	1.68
			p
			0.095

^a = realizado con la prueba de rangos de Wilcoxon; ^b = realizado con la prueba t para varianzas iguales

VARIABLES ANTECEDENTES ASOCIADAS AL CÁNCER EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

De la muestra total, 35 pacientes (30.7%) refirieron como antecedente el consumo de tabaco, aunque sólo cinco de ellas (4.4%) lo consumían de manera activa al momento de la entrevista. Veinte pacientes (17.5%) reportaron como antecedente el consumo de alcohol, pero únicamente dos de ellas (1.7%) reportaron consumo activo al momento de la entrevista. En la población de estudio no hubo consumo de otro tipo de sustancias. Cabe mencionar que no se encontraron diferencias en el consumo de sustancias por grupos de diagnóstico psiquiátrico.

En la tabla 7 se describe la asociación entre el cáncer de mama y otros padecimientos médicos. Como se observa, la diabetes mellitus (27.2%), seguida de la hipertensión arterial sistémica (24.6%), fueron las más encontradas en esta población. En el 58% de los casos no se encontró otra comorbilidad médica. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de comorbilidades médicas en relación a la presencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 7.

Prevalencia de comorbilidades médicas

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	66	57.9
Diabetes Mellitus	31	27.2
Hipertensión arterial	28	24.6
Enfermedad tiroidea	5	4.4
Cardiopatía	3	2.6
Síndrome metabólico	2	1.8
Enfermedad pulmonar	1	0.9

Características clínicas, de tratamientos oncológicos y puntajes de escalas psicométricas y su relación con depresión y ansiedad en la población de estudio

En la tabla 8 se puede observar la distribución de la muestra de acuerdo a las diferentes etapas clínicas y su respectiva clasificación en “etapas tempranas”, que van desde el cáncer *in-situ* hasta la etapa clínica IIA; “localmente avanzado” que incluye desde la etapa IIB hasta la etapa IIIC; y la etapa IV que trata de cáncer “metastásico”. Tras reclasificar las etapas clínicas, el 32.8% de las pacientes en etapa temprana fue diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico; 39% en localmente avanzado y 44.4% en metastásico. Si bien se aprecia una tendencia ascendente en relación a la presencia de diagnósticos psiquiátricos acorde al avance en la etapa clínica, estas diferencias no alcanzan significancia estadística.

También en la tabla 8 se puede apreciar que únicamente nueve pacientes se encontraban en una etapa clínica metastásica, siendo hueso el sitio presente en todas las pacientes. Además, tres pacientes tuvieron otro sitio de metástasis: dos en pulmón y una en ovario. Asimismo, no hubo diferencias significativas con relación al tratamiento actual y previo y la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico. Es interesante hacer notar que, al llevar a cabo el análisis considerando los puntajes globales de las escalas, como variables continuas, se observaron diferencias significativas ($p < 0.001$) para las medias de los puntajes de sintomatología depresiva y ansiosa y los niveles de resiliencia entre las pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico, sin embargo el afrontamiento no se relacionó con ninguna de las variables estudiadas.

Tabla 8.

Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por variables clínicas, de tratamiento y puntaje de escalas

	Diagnóstico psiquiátrico			p
	Ausencia (73) n(%)	Presencia (41) n(%)	Total n=114	
Etapa clínica clasificada ^a				
Temprana	43 (67.2)	21 (32.8)	64	0.66
Localmente avanzado	25 (61)	16 (39)	41	
Metastásico	5 (55.6)	4 (44.4)	9	
Tratamiento actual ^a				
Ninguno	1 (50)	1(50)	2	0.403
Quirúrgico	24 (70.6)	10 (29.4)	34	
Médico	48 (62.3)	29 (37.7)	77	
Radioterapia	0 (0)	1 (100)	1	
Tratamiento previo ^a				
Ninguno	35 (67.3)	17 (32.7)	52	0.854
Quirúrgico	27 (60)	18 (40)	45	
Médico	10 (62.5)	6 (37.5)	16	
Radioterapia	1 (100)	0 (0)	1	
	Med (RIQ)	Med (RIQ)		p
Puntajes totales escalas				
Ansiedad - HADS ^b	5 (4)	11 (5)		<0.001
Depresión - HADS ^b	2 (3)	8 (5)		<0.001
Resiliencia - SVRES ^b	267 (40)	241 (32)		<0.001
	x (DE)	x (DE)	t	p
Afrontamiento - CCQ ^c	49.24 (15.67)	44 (12.32)	1.6	0.111

^a = realizado con la prueba exacta de Fisher; ^b = realizado con la prueba de rangos de Wilcoxon

^c = realizado con la prueba t para varianzas iguales

Niveles de afrontamiento y en la población de estudio y su relación con diagnósticos psiquiátricos

El cuestionario de afrontamiento al cáncer no tiene puntos de corte, por lo que para fines de este estudio se tomó la decisión de utilizar, con fines estadísticos, el puntaje dividido por terciles para la escala total y para las tres subescalas encontradas. Por lo anterior, para cuestiones descriptivas, el tercil inferior se consideró como de

“afrentamiento bajo”, el tercil medio como de “afrentamiento medio” y el tercil superior como de “afrentamiento alto”.

Cabe mencionar que cuatro mujeres que estaban sin pareja (tres divorciadas y una separada) reportaron seguir en contacto con sus exparejas, motivo por el cual contestaron los ítems 15-21. Por tal motivo el factor 1 titulado “Apoyo de pareja” corresponde a las 75 mujeres que reportaron dicho apoyo. Además, se realizó un ajuste al puntaje de la escala total para que los puntajes de las mujeres sin apoyo de pareja correspondiera a los de las mujeres con el apoyo (a través de una multiplicación del puntaje por 16/9).

En la siguiente tabla se pueden observar los puntajes totales en la escala de afrontamiento y por cada factor, sin que se detecten diferencias entre grupos.

Tabla 9.
Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por terciles y factores de afrontamiento

	Diagnóstico psiquiátrico			<i>p</i>
	Ausencia (73) n(%)	Presencia (41) n(%)	Total n=114	
Escala total				
Bajo	22 (56.4)	17 (43.6)	39	0.144
Medio	24 (60)	16 (40)	40	
Alto	27 (77.1)	8 (22.9)	35	
Apoyo de pareja *				
Bajo	16 (57.1)	12 (42.9)	28	0.297
Medio	17 (73.9)	6 (26.1)	23	
Alto	18 (75)	6 (25)	24	
Fortaleza interna				
Bajo	25 (65.8)	13 (34.2)	38	0.302
Medio	24 (55.8)	19 (44.2)	43	
Alto	24 (72.7)	9 (27.3)	33	
Planeación				
Bajo	27 (56.3)	21 (43.7)	48	0.294
Medio	24 (72.7)	9 (27.3)	33	
Alto	22 (66.7)	11 (33.3)	33	

Todos los valores calculados con chi²

* Total de 75 mujeres

El análisis de regresión logística para ver la relación entre afrontamiento y diagnósticos psiquiátricos reveló que existe una disminución en la posibilidad de tener ansiedad y depresión de acuerdo a los puntajes del cuestionario de afrontamiento, para depresión se observó un efecto que casi alcanza significancia estadística, como se observa en la tabla 10.

Tabla 10.

Regresión logística de diagnósticos psiquiátricos y afrontamiento

	OR	p	IC 95%
Ansiedad	0.981	0.198	(0.953-1.01)
Depresión	0.973	0.055	(0.946-1.00)
Ambos	0.978	0.106	(0.951-1.00)

Nota: N= 114. OR= [Odds Ratio/ Razón de momios]

IC intervalos de confianza al 95%

Niveles de resiliencia en la población de estudio y su relación con depresión y ansiedad

La escala de resiliencia no cuenta con puntos de corte, por lo que se tomó la decisión de utilizar con fines estadísticos tanto el puntaje total de la escala como la división por terciles, por lo que para cuestiones descriptivas el tercil inferior se consideró como de “resiliencia baja”, el tercil medio como de “resiliencia media” y el tercil superior como de “resiliencia alta”.

En la prueba de chi-cuadrada se demostró que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la resiliencia y los diagnósticos psiquiátricos en mujeres con cáncer de mama. El 42.1% de las pacientes con “baja resiliencia” no tenía diagnóstico psiquiátrico. En tanto, el 86.1% de las pacientes con “alta resiliencia” carecieron de diagnóstico psiquiátrico. Por el contrario, el 57.9% de las pacientes con “baja resiliencia” presentó algún diagnóstico psiquiátrico, mientras que solo el 13.9% de las que se refirieron “alta resiliencia” contaban con algún diagnóstico psiquiátrico, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

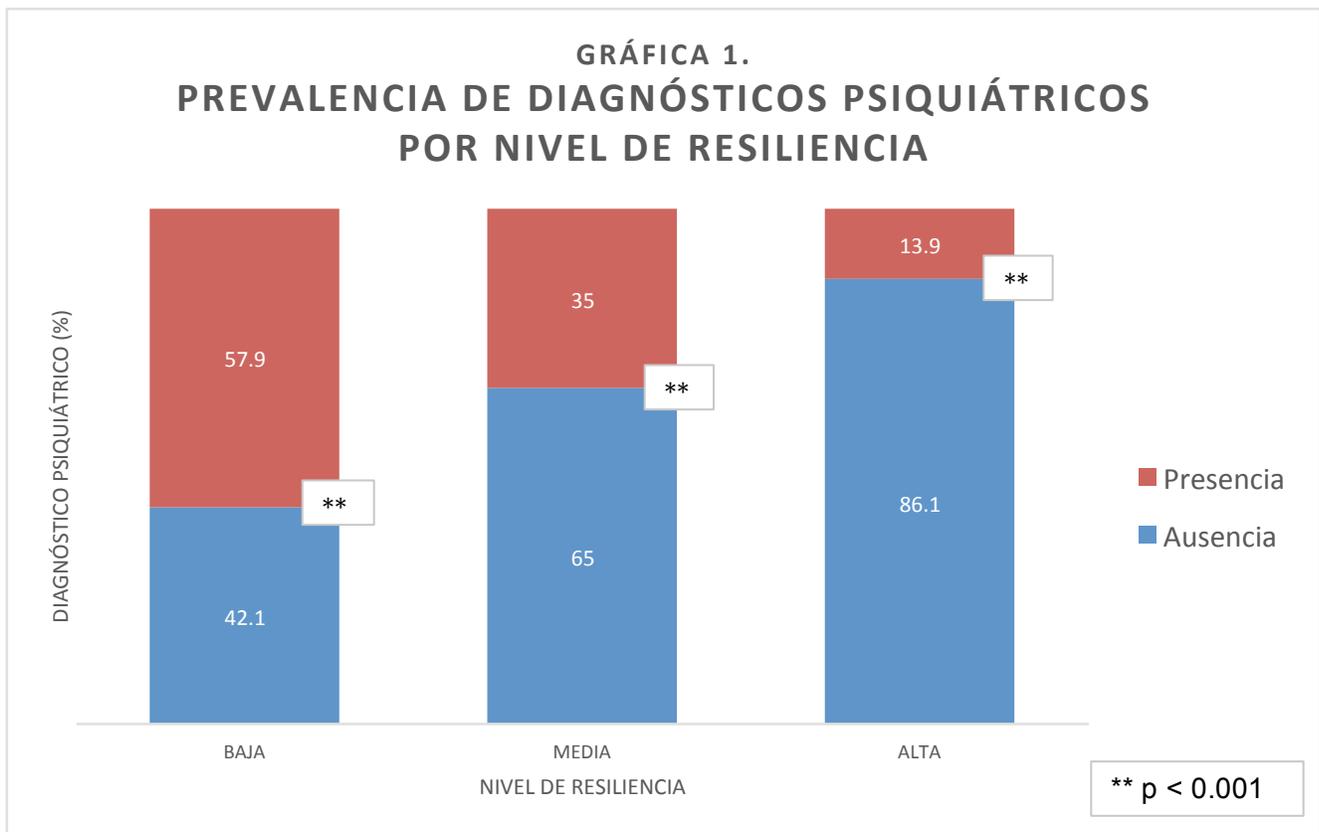
Tabla 11.

Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por terciles de resiliencia

Resiliencia	Diagnóstico psiquiátrico		Total n=114	p
	Ausencia (73) n(%)	Presencia (41) n(%)		
Baja	16 (42.1)	22 (57.9)	38	<0.001
Media	26 (65)	14 (35)	40	
Alta	31 (86.1)	5 (13.9)	36	

Todos los valores calculados con chi2

En la gráfica 1 se puede apreciar la relación entre los diferentes niveles de resiliencia y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico.



Para los diferentes factores de resiliencia también se realizó el análisis a través del puntaje total dividido en terciles, por lo que para cuestiones descriptivas el tercil inferior se consideró como “bajo”, el tercil medio como “medio” y el tercil superior como “alto”. Se encontró que de manera casi generalizada (para seis de los siete factores), los niveles *bajos de cada factor* se asociaron en más de un 50% a la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico. De la misma manera, en los mismos seis de los siete factores, se encontró que en más del 80% de los *niveles altos* de cada factor no hubo la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico. Lo anterior se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 12.
Prevalencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico por factores de resiliencia

		Diagnóstico psiquiátrico			p
		Ausencia (73) n(%)	Presencia (41) n(%)	Total n=114	
Identidad	Bajo	18 (45)	22 (55)	40	< 0.001
	Medio	26 (61.9)	16 (38.1)	42	
	Alto	29 (90.6)	3 (9.4)	32	
Satisfacción	Bajo	23 (46)	27 (54)	50	0.001
	Medio	21 (72.4)	8 (27.6)	29	
	Alto	29 (82.9)	6 (17.1)	35	
Vínculos	Bajo	20 (47.6)	22 (52.4)	42	0.006
	Medio	27 (65.9)	14 (34.1)	41	
	Alto	26 (83.9)	5 (16.1)	31	
Redes	Bajo	19 (46.3)	22 (53.7)	41	0.008
	Medio	36 (70.6)	15 (29.4)	51	
	Alto	18 (81.8)	4 (18.2)	22	
Fortaleza interna	Bajo	20 (42.5)	27 (57.5)	47	< 0.001
	Medio	23 (74.2)	8 (25.8)	31	
	Alto	30 (83.3)	6 (16.7)	36	
Autoeficacia	Bajo	20 (44.4)	25 (55.6)	45	0.001
	Medio	23 (71.9)	9 (28.1)	32	
	Alto	30 (81.1)	7 (18.9)	37	
Afectividad/Reciprocidad	Bajo	26 (56.5)	20 (43.5)	46	0.142
	Medio	20 (60.1)	13 (39.9)	33	
	Alto	27 (77.1)	8 (22.9)	35	

Todos los valores calculados con chi²

El análisis de regresión logística para diagnóstico de ansiedad, usando como predictor los puntajes crudos de resiliencia, muestra que éste es un factor protector. Por cada punto arriba en la escala SV-RES (es decir, mayor resiliencia) disminuyen en 3.5% los momios de ansiedad. En el análisis de regresión para diagnóstico de depresión se observa que cada punto arriba en la escala SV-RES se asocia con una disminución de 3.7% en los momios de depresión, siendo esta asociación significativa para ambos, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 13.
Regresión logística de diagnósticos psiquiátricos y resiliencia

	OR	p	IC 95%
Ansiedad	0.965	<0.001	(0.947-0.983)
Depresión	0.963	<0.001	(0.945-0.981)
Ambos	0.961	<0.001	(0.944-0.979)

Nota: N= 114. OR= [Odds Ratio/ Razón de momios]

IC intervalos de confianza al 95%

Modelo de regresión múltiple entre resiliencia, afrontamiento y diagnósticos psiquiátricos

Debido a que ninguna variable sociodemográfica, clínica o de tratamiento tuvo significancia estadística, el modelo de regresión multivariado realizado únicamente incluyó como variables dependientes las variables de depresión, ansiedad y ambos diagnósticos, y como independientes el puntaje total de resiliencia y el puntaje total de afrontamiento. Esta última variable se agregó a los siguientes modelos a pesar de no haber arrojado resultados significativos en el análisis bivariado, esto debido al planteamiento teórico de este trabajo. A continuación se puede apreciar que en esta muestra únicamente la resiliencia tuvo relación con la presencia o ausencia de algún diagnóstico psiquiátrico.

Después de ajustar por el puntaje total de la escala de afrontamiento, la resiliencia se mantuvo como el principal predictor de ansiedad, con una disminución de 4.4% en los momios de ansiedad por cada punto de incremento en la escala de resiliencia. De la misma manera, la resiliencia fue el principal predictor para depresión, con una disminución de 4.2% en los momios de depresión por cada punto de incremento en la

escala de resiliencia. Para el modelo de ambos diagnósticos psiquiátricos, nuevamente la resiliencia fue el principal predictor, con una disminución de 4.7% de los momios para ambos diagnósticos por cada punto de incremento en la escala de resiliencia, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 14.

Modelo de regresión múltiple entre diagnósticos psiquiátricos, resiliencia y afrontamiento

	OR	p	IC 95%
Ansiedad	0.956	<0.001	(0.934-0.980)
Depresión	0.958	<0.001	(0.937-0.980)
Ambos	0.953	<0.001	(0.931-0.976)

Modelo ajustado por los puntajes de la escala de afrontamiento (total y por los tres factores)

Cada renglón es un modelo con el diagnóstico psiquiátrico como variable dependiente, la resiliencia como independiente y afrontamiento (total y por factores) como covariables

Modelo de interacción entre resiliencia, afrontamiento y diagnósticos psiquiátricos

Se llevó a cabo el modelo de interacción para evaluar si existía modificación del efecto entre los puntajes totales de resiliencia y afrontamiento para los diagnósticos psiquiátricos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas, como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 15.

Modelo de interacción entre resiliencia y afrontamiento con diagnósticos psiquiátricos

	OR interacción	p	IC 95%
Ansiedad	1	0.694	(0.998-1.00)
Depresión	1	0.254	(0.999-1.00)
Ambos	1	0.555	(0.999-1.00)

Modelo ajustado por el puntaje total de la escala de afrontamiento

El OR es el término de interacción (resiliencia * afrontamiento)

Los hallazgos de este trabajo refuerzan la importancia de la resiliencia como un posible factor protector para el desarrollo de depresión y/o ansiedad en mujeres con cáncer, como se discutirá a continuación.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue el identificar los recursos psicológicos de resiliencia y afrontamiento que emplearon las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y su posible relación con el desarrollo de diagnósticos psiquiátricos como depresión, ansiedad o ambos. Los resultados indican que sí existe una relación entre la resiliencia y los diagnósticos psiquiátricos, en tanto que no la hubo con el afrontamiento.

Una de las contribuciones de este estudio es el aporte de las propiedades psicométricas de los instrumentos durante la fase piloto del estudio, en la cual se obtuvo la validez factorial de las mediciones utilizadas en la investigación. Por ejemplo, se utilizó la escala HADS como *tamizaje* para evaluar sintomatología ansiosa y depresiva en la población médicamente enferma y en cáncer (Zigmond y Snaith, 1983; Mitchell et al., 2010; Galindo-Vázquez et al., 2015). Es importante destacar que para efectos de esta investigación se utilizó la escala original y el punto de corte utilizado fue igual o arriba de ocho, es decir fusionando los casos sospechosos con los casos probables. De ahí que esta fue más consistente para tamizar sintomatología ansiosa, obteniendo mayores niveles de sensibilidad (87.5%) y especificidad (74.4%), en comparación con el tamizaje para síntomas depresivos (sensibilidad = 52.6%; especificidad = 92.1%). Debido a que la escala no permite reconocer adecuadamente a los sujetos con sintomatología depresiva, los resultados debieran ser tomados con precaución.

Para el cuestionario de afrontamiento se llevó a cabo un análisis de validez para corroborar la estructura factorial en la población de estudio, encontrando que ésta fue diferente a la reportada en la adaptación del instrumento en población oncológica mexicana (Robles et al., 2009; Galindo-Vázquez, 2010). En este estudio, la estructura factorial quedó conformada por tres factores (apoyo de pareja, fortaleza interna y planeación) que explicaron en conjunto el 75.08% de la varianza y tuvo una consistencia interna adecuada (alpha de Cronbach de 0.909).

En el caso de la resiliencia, se llevó a cabo un procedimiento similar al previamente descrito para el cuestionario de afrontamiento, con el objetivo de identificar la estructura factorial de la escala en la población de estudio en México. Los hallazgos evidencian una

estructura factorial diferente a la propuesta por los autores originales de la escala (Saavedra y Villalta, 2008). Se identificaron siete factores que conjuntamente explican el 72.7% de la varianza, siendo los más consistentes aquellos relacionados con la solución de problemas, los vínculos afectivos y la proyección a futuro. La consistencia interna global obtenida fue muy adecuada (alpha de Cronbach de 0.973). Lo anterior permitirá impulsar la investigación en esta línea en México.

Otros hallazgos significativos fueron la obtención de la prevalencia de diagnósticos de depresión, ansiedad y/o ambos en mujeres con cáncer de mama, que corresponde al 36%, lo cual es similar a las prevalencias reportadas en otros estudios en población oncológica (Burgess et al., 2005; Morales-Chávez et al., 2007; Maass et al., 2015), aunque es más del triple de la reportada en la población general en México (Medina-Mora et al., 2003; Rafful, et al., 2012). Esto puede deberse a que la vivencia de cáncer representa un *continuum* de estresores, desde la sospecha, la confirmación del diagnóstico y la variedad de tratamientos requeridos, hasta la posible recurrencia de la enfermedad.

Hay que mencionar que, independientemente de las variables de estudio (p. e. variables demográficas, antecedentes, clínicas y de tratamiento oncológico actual y previo), se logró identificar la presencia de depresión y/o ansiedad en la población de estudio. Por otra parte, aún cuando estudios previos a nivel internacional han encontrado diferencias significativas en la edad de las mujeres, es decir, que las mujeres de menor edad presentan mayor probabilidad de sintomatología depresiva o ansiosa en comparación con las de mayor edad (Burgess et al., 2005; Costanzo et al., 2009; Linden et al., 2012; Singer et al., 2016); en esta investigación la edad no tuvo un relación significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa, lo cual debiera ser corroborado en estudios a futuro en otras regiones de Latinoamérica.

Si bien se encontró una tendencia porcentual ascendente no significativa para la presencia de depresión y/o ansiedad de acuerdo a la etapa clínica clasificada, más de la mitad (55.6%) de las pacientes en etapa metastásica no refirieron algún diagnóstico psiquiátrico. Estos hallazgos corresponden a lo reportado en el estudio de Wilson et al. (2007) en el que casi la mitad (49.3%) de los pacientes con cáncer avanzado consideraron que no estaban sufriendo por la enfermedad; en contraste, quienes si

reportaron dicho sufrimiento presentaron mayores síntomas físicos (malestar y debilidad), depresión y cuestionamientos existenciales.

El reconocimiento de las respuestas psicológicas ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer es fundamental no solo para identificar a pacientes en riesgo de presentar depresión y/o ansiedad, sino también para conocer los recursos psicológicos – como el afrontamiento y la resiliencia - que les pueden permitir salir fortalecidos de la experiencia. Esta información es necesaria para implementar intervenciones que fomenten los recursos psicológicos con enfoque positivo. Al respecto, los hallazgos de este estudio indican que las mujeres con diagnóstico psiquiátrico obtuvieron puntajes más elevados en las medias de la escala para evaluar síntomas de ansiedad y depresión. En dicho grupo, las medias de puntajes para resiliencia y afrontamiento fueron más bajas que en el grupo de mujeres sin diagnóstico psiquiátrico, aunque estas diferencias fueron significativas únicamente en el caso de la resiliencia.

Por otra parte, para el afrontamiento con enfoque positivo, no se encontró ninguna relación con la resiliencia, pero tampoco en la asociación con depresión y/o ansiedad, como ha sido reportado anteriormente en población mexicana (Galindo-Vázquez, 2010). Una posible explicación con respecto a estas variaciones podría deberse a las diferencias en el reclutamiento de participantes, el momento de la evaluación e incluso con las escalas utilizadas. Por ejemplo, en esta investigación se aplicó la Escala HADS como prueba de tamizaje de sintomatología depresiva y ansiosa y el diagnóstico psiquiátrico confirmado por entrevista estructurada, en lugar de los inventarios de Beck, que fueron utilizados en el estudio de Galindo-Vázquez (2010). La principal diferencia que existe entre la Escala HADS y el Inventario de Beck es que este último tiene un alto componente cognitivo y somático dentro de sus reactivos (Jackson-Koku, 2016), y si bien ha sido probado como efectivo en el tamizaje de síntomas depresivos en atención primaria, su efectividad en pacientes médicamente enfermos es limitada (Steer, et al., 1999; Wilhelm, et al., 2004). Es importante enfatizar que únicamente se evaluó el afrontamiento con enfoque positivo planteado por Moorey, Frampton y Greer (2003), dejando a un lado otros recursos psicológicos como la negación o evitación que también son utilizados por los pacientes a lo largo del proceso de salud-enfermedad. En este sentido, Ahadi et al. (2014) encontraron que el afrontamiento enfocado en la emoción – definido por la búsqueda de

apoyo social, el afrontamiento confrontativo y la evitación - fue estadísticamente mayor en los individuos con cáncer que en los controles sanos ($p < 0.01$).

Otro objetivo del estudio fue evaluar el papel protector de la resiliencia en el desarrollo de algún diagnóstico psiquiátrico. Esto se confirmó al encontrar que un mayor grado de resiliencia se asoció con un menor riesgo de presentar depresión y/o ansiedad en mujeres con cáncer de mama, incluso cuando se controlaron las variables demográficas, antecedentes, clínicas y de tratamiento oncológico. Por ejemplo, el 13.9% de las pacientes que se refirieron con “alta resiliencia” contaban con algún diagnóstico psiquiátrico, mientras que en el grupo de pacientes con “baja resiliencia” el 57.9% presentó algún diagnóstico psiquiátrico.

Como se comentó anteriormente, la alta resiliencia como predictor de menor riesgo para desarrollar depresión y/o ansiedad fue *independiente* de variables que pueden ser consideradas como potencialmente confusoras, incluyendo el afrontamiento. Estos hallazgos coinciden con estudios previos en los que se muestra la relación entre la resiliencia y los desenlaces positivos en salud mental, como el de Matzka et al. (2016) quienes encontraron una fuerte asociación entre niveles bajos de resiliencia con *distrés* psicológico y niveles altos de resiliencia con un mejor funcionamiento físico en pacientes oncológicos.

La revisión de la literatura ofrece información de la resiliencia como predictor de salud mental, pero desde una perspectiva unidimensional, ya que la mayoría de los estudios utilizan la escala CD-RISC (Min et al., 2013; Sharpley et al., 2014; Markovitz et al., 2015; Matzka et al., 2016). Por lo anterior, una aportación valiosa del presente estudio es apreciar los diferentes componentes de la resiliencia propuestos a través de la escala SV-RES. Al respecto, se puede observar que para seis de los siete factores identificados (identidad, satisfacción, vínculos, redes, fortaleza interna, autoeficacia) los *niveles bajos* de cada factor se asociaron en más de un 50% a la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico. De la misma manera, para los mismos seis factores, se encontró que en más del 80% de los *niveles altos* de cada factor no hubo la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico.

Esta información permite dar cuenta que la adecuada integración de ciertos factores personales como la identidad, la satisfacción, la fortaleza interna y la autoeficacia,

conjuntamente con los factores psicosociales relacionados con los vínculos afectivos y las redes de apoyo, constituyen factores protectores frente al desarrollo de depresión y/o ansiedad en este grupo de pacientes. De manera interesante, el factor denominado afectividad/reciprocidad, mismo que tiene una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,907), mostró una tendencia similar a la encontrada con los otros factores, pero sin llegar a ser un hallazgo significativo. Con lo anterior se sugiere que las mujeres con cáncer de mama, al enfocar sus recursos y habilidades en la patología, disminuyen su capacidad para establecer afecto y tener una conducta de reciprocidad. De ahí que, como lo sugieren los resultados, se puede decir que la integración sólida de los diferentes factores de resiliencia (que para este estudio se clasificaron como “resiliencia alta”) da lugar que las mujeres tengan menores prevalencias de diagnósticos psiquiátricos. Conocer los componentes de resiliencia que se ven fortalecidos o afectados durante el proceso del cáncer y la relación que estos tienen con el desarrollo de depresión y/o ansiedad es relevante para implementar estrategias enfocadas de intervención.

Si bien en este estudio se planteó que tanto la resiliencia como los estilos de afrontamiento con enfoque positivo tienen relación con el desarrollo de depresión y/o ansiedad, únicamente la resiliencia resultó ser un factor asociado. Si bien los constructos de afrontamiento y resiliencia tienen puntos en común, la diferencia en los hallazgos puede deberse a que la resiliencia se propone como un proceso dinámico como lo plantean Deshields et al. (2016) que incluye atributos basales y en el que existe de manera constante un fenómeno de “recalibración”, es decir de evaluación de los sucesos continuos propios del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica como el cáncer. Por contraparte, el afrontamiento se entiende únicamente por las respuestas cognitivas y conductuales que conlleva un estresor, dejando de lado otros atributos personales e incluso el aprendizaje de experiencias previas. Es importante resaltar este hallazgo, ya que la literatura se ha centrado en conocer cómo el afrontamiento al cáncer permitía la presencia de determinado sentir emocional y cierta respuesta conductual a la enfermedad. Es de manera más reciente que se han realizado estudios para conocer el impacto que tiene la resiliencia en la vivencia de las enfermedades, incluyendo el cáncer.

Respecto a las implicaciones a futuro en la investigación en esta línea, se sugiere la necesidad de homologar la definición conceptual de resiliencia y estandarizar las medidas

de evaluación de la misma – incluso de manera longitudinal - entendiendo que se trata de un fenómeno flexible y dinámico. De igual manera, se requiere impulsar la investigación sobre resiliencia y su impacto en el proceso de salud-enfermedad en el ámbito de la salud mental, así como el desarrollo de programas de atención que promuevan la resiliencia, como una manera de mejorar la vivencia de los padecimientos médicos, su desenlace y pronóstico.

Lo anterior tiene relevancia cuando se plantean las implicaciones clínicas en las que, a través del conocimiento más amplio de los procesos psicológicos en este grupo de pacientes, se pueden implementar programas de atención que promuevan la psicología positiva – con especial énfasis en la resiliencia - para reducir la carga emocional y los diagnósticos psiquiátricos y de esa manera mejorar la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Una de las limitaciones del presente estudio es que se utilizó un diseño transversal, lo cual restringe el entendimiento del proceso dinámico de resiliencia y su relación con la depresión y ansiedad, ya que no reflejan la trayectoria a lo largo de la enfermedad, en relación a los sucesivos tratamientos e incluso a la sobrevivencia. Se requiere realizar estudios longitudinales para evaluar si existe una relación causal entre estos factores.

Si bien los resultados de esta investigación coinciden con lo encontrado en la literatura internacional, éstos deberían de ser tomados con precaución dado que la selección de las participantes se basó en una muestra no probabilística de mujeres que acudían a un centro de atención especializada de la Ciudad de México, por lo que, el tamaño reducido de la muestra no permite la generalización de estos hallazgos.

Por otra parte, con relación a los estilos de afrontamiento y su evaluación, en esta investigación solo se abordaron los estilos de afrontamiento con enfoque positivo, a través del cuestionario CCQ, dejando de lado otros recursos – quizá menos adaptativos - como la negación y evitación, que también utilizan las mujeres con cáncer de mama.

Con todo y las limitaciones descritas, una de las principales contribuciones de esta investigación es de carácter metodológico pues incorpora la entrevista psiquiátrica que es el estándar de oro para el diagnóstico psiquiátrico, en tanto que la mayoría de los estudios utilizan escalas de tamizaje y de sintomatología para evaluar depresión y/o ansiedad.

CONCLUSIONES

- Los hallazgos de esta investigación indican que hubo una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama en comparación con lo reportado en población general mexicana.
- Hubo una relación inversa entre resiliencia y diagnósticos psiquiátricos. Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama con altos niveles de resiliencia presentaron menores niveles de depresión y/o ansiedad.
- La escala de resiliencia SV-RES es una medición válida y confiable para ser aplicada en población mexicana y específicamente en mujeres con cáncer de mama.
- Estos hallazgos sientan la base para desarrollar intervenciones que promuevan la resiliencia en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing Benefits from Adversity: Adaptational Significance and Dispositional Underpinnings. *J Personality Journal of Personality*, 64(4), 899-922.
2. Ahadi, H., Delavar, A., & Rostami, A. M. (2014). Comparing Coping Styles in Cancer Patients and Healthy Subjects. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 3467-3470.
3. Andersen, L. T., Hansen, M. V., Rosenberg, J., & Gögenur, I. (2013). Pharmacological treatment of depression in women with breast cancer: A systematic review. *Breast Cancer Res Treat Breast Cancer Research and Treatment*, 141(3), 325-330.
4. Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M., & Vaillant, G. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-316.
5. Backer, J. H. (2000). Stressors, Social Support, Coping, and Health Dysfunction in individuals with Parkinson's disease. *Journal of Gerontological Nursing J Gerontol Nurs*, 26(11), 6-9.
6. Barrientos-Galicia. (2009). *Proceso de afrontamiento y adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mama*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.
7. Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
8. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702-0.
9. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
10. Carpenter, B. N. (1992). *Personal coping: Theory, research, and application*. Westport, CT: Praeger.
11. Carver, C.S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
12. Chávarri-Guerra Y., Villarreal-Garza, C., Liedke, P.E., Knaul, F., Mohar, A., Finkelstein, D.M., & Goss, P.E. (2012). Breast cancer in Mexico: A growing challenge to health and the health system. *The Lancet Oncology*, 13(8), e335-343.
13. Chen, P.Y., & Chang, H.C. (2012). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 10-16.
14. Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A., Bertolatus, J. A., & Lawton, W. J. (2000). Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology*, 19(4), 348-353.
15. Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
16. Connor, K. M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.

17. Costanzo, E. S., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology, 28*(2), 147-156.
18. Cuevas-Torres, M., & García-Ramos, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Trabajo y Sociedad, 19*, 87-102.
19. Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 249*(6), 751-757.
20. Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: Development of a conceptual model. *Psycho-Oncology, 25*(1), 11-18.
21. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
22. Diccionario de la Lengua Española. (2014). Real Academia Española.
23. Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.
24. Escalera-Vázquez, L. (2007). *Correlación de estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de especialidad inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.
25. Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 155-176.
26. Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003.
27. Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 466-475.
28. Forero-Carreño, F., Bernal-Rojas, G., & Restrepo-Forero, M. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición, 3*, 135-152.
29. Galindo-Vázquez, O. (2010). *Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: depresión y ansiedad*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.
30. Galindo-Vázquez, O., Benjet, C., Juárez-García, F., Rojas-Castillo, E., Rivero-Rosas, A., Aguilar-Ponce, J.L., Alvarez-Avitia, M.A., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental, 38*(4), 253-258.
31. GLOBOCAN 2008. IARC.
32. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. IARC.

33. Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. Early Childhood Development: Practice and Reflections*. La Haya, Países Bajos: Bernard Van Leer Foundation.
34. Grotberg, E. (2003). *Nuevas tendencias en resiliencia: Resiliencia, descubrimientos de las propias fortalezas*. España: Paidós.
35. Hartung, T., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., . . . Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, *72*, 46-53.
36. IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
37. Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, *66*(2), 174-175.
38. Jarrett, S., Ramirez, A., Richards, M., & Weinman, J. (1992). Measuring coping in breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*(6), 593-602.
39. Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, *25*(6), 753-761.
40. Kline, P. (1997). *An easy guide to factor analysis*. Londres, R.U.: Routledge.
41. Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: Una prioridad apremiante. *Salud Pública De México*, *51*.
42. Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it. *Cancer Nursing*, *14*(5), 240-245.
43. Krohne, H. (2001). Stress and Coping Theories. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 15163-15170.
44. Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Scribner.
45. Lazarus, R. S. From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. (1993). *Annu Rev Psychol*, *44*, 1-21.
46. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.
47. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Estrés y proceso cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Nueva York: Martínez Roca.
48. Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 343-351.
49. Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual, and the coping processes. *Journal of Psychiatry in Medicine*, *1*, 91-102.
50. López-Alvarenga, J.C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A.E, González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R.J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, *54*(5), 403-409.

51. Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer, 11*(6), 364-368.
52. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development, 71*(3), 543-562.
53. Maass, S., Roorda, C., Berendsen, A., Verhaak, P., & Bock, G. D. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas, 82*(1), 100-108.
54. MacDonald, B.H. (2001). Quality of life in cancer care: patients' experiences and nurses' contribution. *European Journal of Oncology Nursing, 5*(1), 32-41.
55. Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 24*(12), 1639-1645.
56. Massie, M., & Greenberg, D. (2006). Oncología. En *Tratado de medicina psicosomática*. Levenson, J. (Coord). Barcelona: Ars Médica.
57. Masten, A.S., & Wright, M.O. (2010). Resilience over the lifespan: developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In *Handbook of Adult Resilience: Concepts, Methods, and Applications*, Reich, J.W., Zautra, A.J., Hall, J.S. (eds.), John Wiley: New York.
58. Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., . . . Eicher, M. (2016). Relationship between Resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *Plos One, 11*(4).
59. Mccorkle, R., & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing, 1*(5).
60. Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental, 26*(4) 1-16.
61. Menninger, K. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York: Viking.
62. Min, J., Yoon, S., Lee, C., Chae, J., Lee, C., Song, K., & Kim, T. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 21*(9), 2469-2476.
63. Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 126*(3), 335-348.
64. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and

- palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
65. Molina, Y., Yi, J. C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K. W., Yi-Frazier, J. P., & Rosenberg, A. R. (2014). Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 93-101.
 66. Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaires: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-Oncology*, 12, 331-344.
 67. Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P., Mannix, K., . . . Hotopf, M. (2008). A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine Psychol. Med.*, 39(05), 713.
 68. Morales-Chávez, M., Robles-García, R., Jiménez-Pérez, M., & Morales-Romero, J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública De México*, 49(4), 247-248.
 69. Munist, M., Santos, L., Kotliarenco, M.A., Suárez-Ojeda, E.N., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.
 70. Neugarten, B.L., & Hagestad, G.O. (1976). Age and the life course. In *Handbook of aging and social sciences*. Binstock, R. H., & Shanas, E. (Eds.). New York: Van Nostrand Reinhold.
 71. Ng, C. G., Boks, M. P., Zainal, N. Z., & Wit, N. J. (2011). The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 1-7.
 72. Organización Mundial de la Salud. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
 73. Organización Mundial de la Salud: The Global Burden of Disease 2004. Update 2008.
 74. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 297.
 75. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030.
 76. Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 2, 115 – 144.
 77. Pelechano, V. (2005). Acerca de “Afrontamiento” y “Enfermedad crónica”: una reflexión ¿Fundada? Con alguna sugerencia. *Rev. De psicopatología y psicología clínica*. 10(1), 3-14.
 78. Pryun, J.F.A. (1983). Coping with stress in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 5(2), 57-62.
 79. Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-169.

80. Raison, C., Giese-Davis, J., Miller, A., & Spiegel, D. (2007). Depresión en el cáncer: Mecanismos, consecuencias y tratamiento. En *Guía para el médico: Depresión y trastornos bipolares*: Evans, D., Charney, D. & Lewis, L. (Coord.). España: McGrawHill.
81. Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
82. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*, *58*, 307–321.
83. Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(5), 536-545.
84. Robles, R., Galindo, O., González, C., Reynoso, L. & Lara, A. (2009). Traducción al español y evaluación psicométrica del Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer CCQ en mujeres mexicanas con cáncer de mama. Trabajo de investigación presentado en el VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud/ 6th Ibero-american Congress of Clinical and Health Psychology, de la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA); Chile, 27-30 de octubre 2009.
85. Rouhani, M., & Holland, J. (2003). Aspectos psiquiátricos del cáncer. En *Tratado de psiquiatría*: Gelder, M., López-Ibor, J., Andreasen, N. España: Ars Médica.
86. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, *24*(02), 335-344.
87. Saavedra-Guajardo, E., & Villalta-Paucar, M. A. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, *14*, 31-40.
88. Saavedra-Guajardo, E., & Villalta Paucar, M. A. (2008). *Escala de resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos*. Chile: CEANIM.
89. Saavedra-Guajardo, E., Castro, A., & Inostroza, A. Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. (2012). *Revista Pequeñ* *2*(1), 161-184.
90. Sharpley, C., Bitsika, V., Wootten, A., & Christie, D. (2014). Does resilience ‘buffer’ against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. *European Journal of Cancer Care* *23*(4), 545-552.
91. Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, *12*(5), 232-241.
92. Singer, B., & Ryff, C. D. (2001). *New horizons in health: An integrative approach*. Washington, D.C.: National Academy Press.
93. Singer, S., Schwentner, L., Ewijk, R. V., Blettner, M., Wöckel, A., Kühn, T., . . . Kreienberg, R. (2015). The course of psychiatric co-morbidity in patients with breast cancer - results from the prospective multi-centre BRENDA II study. *Psycho-Oncology*, *25*(5), 590-596.
94. Slaikeu, K.A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, D.F.: El Manual Moderno.

95. Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. (2003). *Health and Quality of Life Outcomes* 1, 1-4.
96. StataCorp. 2013. *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorp LP.
97. Steer, R. A., Cavalieri, T. A., Leonard, D. M., & Beck, A. T. (1999). Use of the Beck depression inventory for primary care to screen for major depression disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21(2), 106-111.
98. Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
99. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson Education.
100. Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873-898.
101. Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J.M., & Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 883, 1-6.
102. Torta, R. G., & Ieraci, V. (2013). Pharmacological Management of Depression in Patients with Cancer: Practical Considerations. *Drugs*, 73(11), 1131-1145.
103. Urquidi, L. (1996). *Indicadores Psicológicos Asociados al Cáncer de Mama*. (Tesis de maestría inédita). Facultad de Psicología: Universidad de Sonora, México.
104. Vanderpol, M. (2002). Resilience: A Missing Link in Our Understanding of Survival. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(5), 302-306.
105. Vara-Salazar, E.D., Suárez-López, L., Angeles-Lleranas, A., Torres-Mejía, G., & Lazcano-Ponce, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública Méx*, 53(5), 385-393.
106. Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
107. Whitaker, K. L., Cromme, S., Winstanley, K., Renzi, C., & Wardle, J. (2015). Emotional responses to the experience of cancer 'alarm' symptoms. *Psycho-Oncology*, 25(5), 567-573.
108. Wilhelm, K., Kotze, B., Waterhouse, M., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (2004). Screening for Depression in the Medically Ill: A Comparison of Self-Report Measures, Clinician Judgment, and DSM-IV Diagnoses. *Psychosomatics*, 45(6), 461-469.
109. Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Mcpherson, C. J., Lemay, K., Allard, P., Chary, S., . . . Fainsinger, R. L. (2007). Suffering With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1691-1697.
110. World Federation for Mental Health. (2010). *Mental health and chronic physical illnesses. The need for continued and integrated care*. USA: World Federation for Mental Health.
111. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.

ANEXO 1



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Comité de Ética en Investigación

Ref.: CEI/C/021/2015.

Abril 6, 2015

Dra. Sol Durand Arias
Investigador Principal
Presente



Por este medio me permito informarle que el proyecto titulado: "Resiliencia y afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama" y que será realizado en el Centro Oncológico Internacional (COI), ubicado en Periférico Sur 5426, Piso 9, Pedregal de Carrasco, Delegación Coyoacán, C.P. 04700, México D. F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación, Consentimiento Informado.

Atentamente

Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. - Presente.
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación. - Presente.

ANEXO 2



Carta de consentimiento informado para el proyecto de investigación: Resiliencia y afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama

Hola, mi nombre es Sol Durand, laboro en el Centro Oncológico Internacional como psiquiatra de enlace, además pertenezco al programa de Maestría en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Actualmente estoy realizando un estudio que se interesa por conocer la manera en cómo responden las mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama, a fin de identificar los recursos que pueden ser útiles para afrontar mejor el diagnóstico y su tratamiento. Sus respuestas nos serán de gran utilidad para desarrollar intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de atención en ésta área, motivo por el cual la estoy invitando a participar.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es obtener conocimiento de las respuestas de las mujeres ante un probable diagnóstico de cáncer de mama e identificar qué respuestas se relacionan con su bienestar emocional.

Procedimientos del estudio

Para el estudio, requerimos de su colaboración voluntaria a fin de obtener mayor conocimiento de estos temas. Si las preguntas la hacen sentir incómoda, usted está en libertad de no contestarlas e incluso abandonar su participación en el estudio en el momento que usted lo desee, sin afectar su atención en este centro. En caso de tener cualquier duda, porfavor hágame saber.

Si acepta participar, solicitaremos su colaboración para contestar tres cuestionarios autoaplicables y llevar a cabo una entrevista más amplia, lo anterior tiene una duración aproximada de una hora y media. Puede solicitar información sobre su participación en cualquier momento que lo desee.

Ventajas posibles

Su participación en este estudio no involucra un riesgo conocido, por el contrario, sus respuestas podrían ayudar a generar conocimiento para beneficiar a otras mujeres en su proceso de diagnóstico de cáncer de mama. No recibirá una retribución económica, pero como beneficio de su colaboración, en caso de requerir una atención especializada, ésta se brindará en este centro sin costo alguno para usted.

Confidencialidad

Su participación es confidencial, esto significa que su nombre no aparecerá en los cuestionarios y la carta de consentimiento se guardará por separado.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dra. Sol Durand al teléfono 54248970, Ext 4007.

**Resiliencia y afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de
mama**

CARTA DE CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, **acepto voluntariamente participar en este estudio.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi atención médica. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

Si tengo alguna duda adicional respecto al estudio, puedo comunicarme directamente con la Dra. Sol Durand al teléfono 54248970, Ext 4007.

Nombre y firma del paciente

Fecha

Nombre y firma del investigador

Fecha

Nombre y firma del testigo 1

Fecha

Nombre y firma del testigo 2

Fecha

ANEXO 3

CCQ - Versión mexicana para pacientes

Por favor marca con una cruz en el cuadro que corresponda a tu respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que contestes la verdad.

¿Qué tan estresante fue la última semana para ti?

Muy estresante

Más o menos estresante

Poco estresante

Casi nada estresante

¿Te preocupaste por el cáncer de mama en la última semana?

La mayor parte del tiempo

Mucho tiempo

Parte del tiempo

Nada de tiempo

En las siguientes páginas hay una lista de diferentes métodos para manejar el estrés que produce el hecho de tener un diagnóstico de cáncer de mama. Piensa acerca de cómo es que tú lo has manejado en la ÚLTIMA SEMANA y circula el número que represente qué tan frecuentemente has utilizado cada una de las estrategias que se mencionan a continuación. Casi nadie utiliza todas las formas de manejar el estrés ante el diagnóstico de cáncer que se incluyen aquí, pero todos usamos alguna/s de ellas.

EN LA ÚLTIMA SEMANA TÚ:

EN LA ÚLTIMA SEMANA	Muy Frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca
1. ¿Hiciste planes definitivos para el futuro?	4	3	2	1
2. ¿Intentaste respirar lenta y profundamente para manejar la ansiedad?	4	3	2	1
3. ¿Te distraías de los pensamientos preocupantes?	4	3	2	1
4. ¿Pensaste que las quejas y dolores pueden ser causados por otras cosas y no forzosamente porque haya empeorado el cáncer (metástasis)?	4	3	2	1
5. ¿Hiciste una lista de cosas importantes para hacer en la semana?	4	3	2	1

6. ¿Te detuviste a poner en su justo lugar la gravedad de tu enfermedad?	4	3	2	1
7. ¿Viste todas las fortalezas que tienes para luchar contra el cáncer?	4	3	2	1
8. ¿Controlaste la frustración haciendo otras cosas (ejercicio, pasatiempos en casa o jardinería)?	4	3	2	1
9. ¿Te recordaste a ti misma las cosas que aún tienes en la vida, a pesar del cáncer?	4	3	2	1
10. ¿Organizaste tu día de manera que le sacaste el mayor provecho, a pesar del cáncer?	4	3	2	1
11. ¿Practicaste algún tipo de relajación?	4	3	2	1

EN LA ÚLTIMA SEMANA	Muy recuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca
12. ¿Resolviste tus pensamientos preocupantes contestándote a ti misma las soluciones?	4	3	2	1
13. ¿Planeaste tu día y entonces tuviste algunas actividades no relacionadas con el cáncer?	4	3	2	1
14. ¿Te aseguraste de pensar en algunos aspectos positivos de tu vida?	4	3	2	1

Si tienes una relación de pareja cercana, piensa en cómo es que tu y tu pareja han enfrentado o manejado el cáncer en la última semana.

EN LA ÚLTIMA SEMANA	Muy recuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca
15. ¿Involucraste a tu pareja en una actividad que te ayudó a enfrentar el cáncer?	4	3	2	1
16. ¿Platicaste con tu pareja acerca del impacto del cáncer en sus vidas?	4	3	2	1
17. ¿Preguntaste a tu pareja qué estaba pensando, en lugar de hacer suposiciones o dar por hecho cosas?	4	3	2	1
18. ¿Trataste de ver al cáncer como un reto que tú y tu pareja deben de enfrentar juntos?	4	3	2	1

19. ¿Platicaste con tu pareja sobre cómo puede ayudarte o brindarte apoyo?	4	3	2	1
20. ¿Platicaste con tu pareja acerca de cómo podrían organizar las cosas para poder disfrutarse (ejemplo: cambiando como llevan las cosas de la casa)?	4	3	2	1
21. ¿Pensaste en cómo el cáncer ha hecho que tú y tu pareja se unan más?	4	3	2	1

ANEXO 3

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

Evalúe el grado en que estas afirmaciones la describen.
 Marque con una "X" su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

YO SOY – YO ESTOY	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Una persona con esperanza					
2. Una persona con buena autoestima					
3. Optimista respecto del futuro					
4. Segura de mis creencias o principios					
5. Creciendo como persona					
6. Rodeada de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7. En contacto con personas que me aprecian					
8. Segura de mi misma					
9. Segura de mis proyectos y metas					
10. Segura en el ambiente en que vivo					
11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida					
12. Un modelo positivo para otras personas					
13. Bien integrada en mi lugar de trabajo, estudio o casa					
14. Satisfecha con mis relaciones de amistad					
15. Satisfecha con mis relaciones afectivas					
16. Una persona con herramientas prácticas					
17. Una persona con metas en la vida					
18. Activa frente a mis problemas					
19. Analizando de manera regular el sentido de mi vida					
20. Generando soluciones a mis problemas					

YO TENGO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21. Relaciones personales confiables					
22. Una familia bien estructurada					
23. Relaciones afectivas sólidas					
24. Fortaleza interior					
25. Una vida con sentido					
26. Acceso a centros comunitarios públicos					
27. Personas que me apoyan					
28. A quien recurrir en caso de problemas					
29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida					
31. Personas que me han orientado y aconsejado					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
33. Personas en las cuales puedo confiar					
34. Personas que han confiado sus problemas en mi					
35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					
36. Metas a corto plazo					
37. Mis objetivos claros					
38. Personas con quien enfrentar los problemas					
39. Proyectos a futuro					
40. Problemas que puedo solucionar					

YO PUEDO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
41. Hablar de mis emociones					
42. Expresar afecto					
43. Confiar en las personas					
44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida					
45. Desarrollar vínculos afectivos					
46. Resolver problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión					
48. Buscar ayuda cuando la necesito					
49. Apoyar a otros que tienen dificultades					
50. Responsabilizarme por lo que hago					
51. Ser creativa					
52. Comunicarme adecuadamente					
53. Aprender de mis aciertos y errores					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad					
55. Tomar decisiones					
56. Generar estrategias para solucionar mis problemas					
57. Fijarme metas realistas					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos					
59. Asumir riesgos					
60. Proyectarme al futuro					