



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A LA RECURRENCIA Y CALIDAD DE VIDA
DE UN GRUPO DE SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA.**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MÓNICA RAMÍREZ OROZCO

Tutor Principal: Dr. Oscar Galindo Vázquez
Instituto Nacional de Cancerología

Tutor adjunto: Dra. Rebeca Robles García
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de La Fuente Muñiz”

Tutor externo: Dr. Mario Enrique Rojas Russell
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Jurado A: Dr. Abelardo Meneses García
Instituto Nacional de Cancerología

Jurado B: Dra. Rosario Costas Muñiz
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Ciudad Universitaria, CDMX, diciembre 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*The Brain—is wider than the Sky—
For—put them side by side—
The one the other will contain
With ease—and you—beside—*

*The Brain is deeper than the sea—
For—hold them—Blue to Blue—
The one the other will absorb—
As sponges—Buckets—do—*

*The Brain is just the weight of God—
For—Heft them—Pound for Pound—
And they will differ—if they do—
As Syllable from Sound—*

Emily Dickinson.

Agradecimientos y Dedicatorias

Al Dr. Oscar Galindo: Gracias por la confianza puesta en mí para el desarrollo de éste y un gran número de proyectos; porque desde el primer día que nos conocimos me ha impulsado a ser mejor profesional y persona. Por todas las experiencias y enseñanzas acumuladas a lo largo de estos 4 años que van mucho más allá del ámbito profesional. (Gracias por no soltarme y no dejarme ir “*al lado oscuro de la fuerza*”).

Al Dr. Mario Rojas: Por creer en mí y en este proyecto, por aceptar continuar en este camino brindándome su apoyo y tantos conocimientos. Porque a través de su trabajo me motiva e impulsa a seguir aprendiendo, a prepararme cada día más. Ha sido y seguirá siendo un ejemplo a seguir.

A la Dra. Rebeca Robles: Gracias por el entusiasmo con el que siempre impulso este trabajo. Por sus aportes y enseñanzas. Por ayudarme a ver todo más claro cuando las ideas se nublaban.

A la Dra. Rosario Costas: Por confiar no solo en este proyecto, sino en mí, a nivel profesional y personal. Gracias por todos los aprendizajes que obtuve y deseo seguir obteniendo, a través de sus aportes y su trabajo.

Al Dr. Abelardo Meneses, por aceptar colaborar en esta investigación, por abrirnos las puertas de la institución y por todas las facilidades otorgadas para la realización del proyecto que permitieron adentrarnos y aprender de la Institución. Por enseñar, guiar y ayudar a plasmar en cada idea y en cada paciente atendida, la visión del Instituto: “*Ser líderes en la generación de estrategias para controlar el cáncer y reducir su impacto como problema de Salud Pública en México*”.

Al Dr. Enrique Bargalló por abrirme las puertas del departamento de tumores mamarios del INCan, por su entusiasta cooperación en esta investigación y en cada uno de los proyectos e ideas planteadas, así como por todas las facilidades otorgadas. Gracias por su confianza y todo el apoyo brindado, que me ha ayudado a crecer dentro y fuera de la Institución.

Agradezco también, de forma especial a la Dra. Nereida Esparza y al Dr. Juan Antonio Matus, por permitirme aprender de ustedes y adentrarme en el hermoso y noble trabajo que realizan cada día. Por todas las enseñanzas y su apoyo incondicional. Gracias por cada duda resuelta, por su paciencia para explicarme y ayudarme a comprender mejor esta patología y sus tratamientos.

A todo el equipo de enfermería, trabajo social, medicina, nutrición etc. del departamento de tumores mamarios que apoyaron en el desarrollo de este trabajo.

A cada una de las pacientes y supervivientes de cáncer de mama que depositaron su confianza en mí y el equipo de trabajo. Sin ustedes la investigación no sería posible, porque cada una de ustedes representa un aprendizaje y un motivo para dar lo mejor; gracias por colaborar y ser parte de los esfuerzos para transformar la atención y vivencia del cáncer.

Este trabajo y los 4 años de esfuerzo, caídas, frustraciones, alegrías, orgullo y un largo etcétera que hay detrás, está dedicado a mis padres. Sin ustedes, nada de lo que he podido lograr hasta el día de hoy hubiera sido posible. Gracias infinitas por su apoyo, comprensión, enseñanzas e impulso. Gracias mamá, porque a través de ti, tu resiliencia, amor por la vida, espíritu de lucha y superación, encontré mi vocación. Papá, gracias por ser, simplemente, el mejor padre del mundo, el ejemplo a seguir y superar; tu amor y apoyo infinito han sido para mí el sostén e impulso en la vida. Su vocación y dedicación serán siempre mi ejemplo. Gracias por todos los valores inculcados, pero sobre todo por amarme y apoyarme cada segundo de esta vida.

A mi hermano, por apoyarme y *tolerarme*. Llegué al mundo psicológico queriendo seguir tus pasos. Hoy, casi 15 años después, me alegra compartir esto contigo y deseo poder ser un ejemplo positivo para Úrsula. Gracias por estar siempre ahí.

A mis amigos, gracias por estar al pendiente de este gran proyecto llamado doctorado desde sus inicios. Por cada palabra, abrazo, carcajada, plática y momento compartido que me ayudó, aunque no lo supieran, de apoyo, desahogo y motivación para continuar.



Índice

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo 1. Cáncer de mama y supervivencia	11
Epidemiología	11
Supervivencia	15
Capítulo 2. Afectaciones psicosociales de las supervivientes de cáncer de mama	
Revisión de la literatura	19
Afectaciones psicológicas	22
Descripción de las afectaciones reportadas por supervivientes de cáncer de mama	27
Revisión de la literatura	27
Descripción de los síntomas: Miedo a la recurrencia	30
Fatiga	35
Ansiedad y Depresión	38
Calidad de Vida	41
Intervenciones psicológicas	46
COVID-19, cáncer y supervivencia	50
Planteamiento de la Investigación	
Modelo Teórico	54
Justificación	56
Pregunta de Investigación	59
Objetivo general	59
Escenario	59
Método	59
Fase 1. Validación de escalas psicométricas	
Validación de la Escala de Preocupaciones acerca del cáncer (CARS)	60
Justificación	61
Pregunta de Investigación y Objetivos	65
Hipótesis	65
Diseño	66
Variables	66
Participantes	66
Escenario	68
Instrumentos	68
Procedimiento	70
Aspectos éticos	73
Análisis estadísticos	73
Resultados	74
Discusión	84
Conclusiones	85
Limitaciones y perspectivas futuras	88

Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	89
Justificación	90
Pregunta de Investigación y objetivos	91
Hipótesis	92
Diseño	92
Variables	92
Participantes	92
Escenario	93
Instrumentos	93
Procedimiento	94
Aspectos éticos	96
Análisis estadísticos	96
Resultados	96
Discusión	102
Conclusiones	104
Limitaciones y perspectivas futuras	106
Fase 2. Factores asociados al miedo a la recurrencia y Calidad de vida	107
Justificación	111
Pregunta de Investigación y Objetivos	113
Hipótesis	114
Diseño	114
Variables	115
Participantes	117
Escenario	117
Instrumentos	117
Procedimiento	119
Aspectos éticos	121
Análisis estadísticos	121
Resultados	122
Discusión	134
Conclusiones	141
Limitaciones y perspectivas futuras	143
Referencias	146
Tablas	
Tabla 1. Criterios de búsqueda para objetivo 1 de revisión de la literatura	20
Tabla 2. Pregunta	20
Tabla 3. Artículos de la fase 1 de revisión de la literatura	172
Tabla 4. Criterios de búsqueda para objetivo 2 de revisión de la	28
Tabla 5. Pregunta PO	29
Tabla 6. Escalas para medir miedo a la recurrencia	64
Tabla 7. Definición de variables Fase 1	66
Tabla 8. Datos sociodemográficos Fase 1	75
Tabla 9. Variables clínicas Fase 1	76

Tabla 10. Variables psicológicas Fase 1	78
Tabla 11. Análisis Factorial	80
Tabla 12. Índices de bondad de ajuste de la escala CARS	82
Tabla 13. Validez convergente y correlaciones	83
Tabla 14. Puntos de corte de la escala CARS	83
Tabla 15. Puntajes de la escala CARS	84
Tabla 16. Definición de las variables validación escala HADS	92
Tabla 17. Características de la muestra validación escala HADS	97
Tabla 18. Sintomatología ansiosa y depresiva	100
Tabla 19. Relación entre sintomatologías y preguntas de ansiedad y depresión	101
Tabla 20. Definición de variables Fase 2	115
Tabla 21. Datos sociodemográficos y clínicos Fase 2	123
Tabla 22. Aspectos de salud mental	124
Tabla 23. Afectaciones del cáncer en supervivientes	126
Tabla 24. Variables psicológicas de supervivientes	128
Tabla 25. Correlaciones entre variables de la fase 2	130
Tabla 26. Índices de ajuste del modelo propuesto	133
Figuras	
Figura 1. Esquema de revisión de la literatura, Objetivo 1	21
Figura 2. Esquema de revisión de la literatura, Objetivo 2	29
Figura 3. Modelo conceptual de miedo a la recurrencia del cáncer	33
Figura 4. Modelo conceptual de calidad de vida en supervivientes de cáncer	43
Figura 5. Modelo Teórico propuesto	55
Figura 6. Diagrama de flujo de procedimiento de recolección de datos Fase 1	72
Figura 7. Modelo Factorial Confirmatorio CARS	81
Figura 8. Diagrama de flujo de procedimiento validación HADS	95
Figura 9. Modelo factorial confirmatorio HADS	98
Figura 10. Puntaje medio de ansiedad y depresión por tiempo de sobrevida	101
Figura 11. Procedimiento de recolección de datos Fase 2	120
Figura 12. Puntajes de miedo a la recurrencia, ansiedad depresión y fatiga	127
Figura 13. Puntajes de Calidad de vida por tiempo de supervivencia	127
Figura 14. Respuestas de la pregunta sobre las redes de apoyo para enfrentar el cáncer	129
Figura 15. Respuestas de la pregunta sobre preocupaciones de la recurrencia	129
Figura 16. Modelo de miedo a la recurrencia y calidad de vida	133
Anexos	
1. Artículos de la revisión de la literatura	172
2. Cronograma de actividades de los estudios de doctorado	180
3. Escala de preocupaciones del cáncer (CARS)	181
4. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS-M	183
5. Formato de jueceo de escala CARS	184
6. Ficha de identificación clínica	188
7. Consentimiento informado Fase 1	190
8. Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	192
9. Cuestionario FACIT Fatiga	194

Resumen

Debido al avance y éxito en los tratamientos para el cáncer de mama, así como a la detección oportuna, la tasa de supervivencia se ha visto incrementada en los últimos años hasta en un 90% en países de ingresos elevados, mientras que en regiones como Latinoamérica las tasas oscilan entre el 40 y 70%. En el año 2018, existían registrados aproximadamente 43.8 millones de supervivientes de cáncer en el mundo. En esta etapa alrededor del 50% experimenta efectos secundarios a largo plazo, siendo la fatiga, el miedo a la recurrencia (MR), depresión, ansiedad y dolor los más comunes; en supervivientes de cáncer de mama se han reportado, además, limitaciones físicas y cognitivas, ansiedad, alteraciones del sueño, disfunciones sexuales, preocupaciones en torno a la fertilidad y al aumento de peso. La presente investigación se divide en dos fases: 1. Validar la Escala de Preocupaciones acerca del Cáncer (CARS) y de la escala hospitalaria de Ansiedad y depresión (HADS) y 2. Elaborar un modelo asociativo sobre el miedo a la recurrencia y calidad de vida en un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas. Las escalas CARS y HADS muestran adecuadas propiedades psicométricas para esta población, las supervivientes mexicanas presentan altos niveles de miedo a la recurrencia, síntomas de ansiedad y de depresión, mientras que la fatiga y la calidad de vida no muestran afectaciones graves. El modelo mostró relaciones significativas entre las variables psicológicas, pero no con las variables sociodemográficas o clínicas demostrando diferencias socioemocionales de esta población.

Palabras clave: Cáncer de mama, Supervivencia, Miedo a la recurrencia, Calidad de Vida, Ansiedad.

Abstract

Due to the progress and success in cancer treatments, as well as early detection, the rate of survivors of this disease has increased in recent years to up to 90% in high-income countries, while in regions as Latin America rates range from 40% to 70%. In 2018 there were around 43.8 million of cancer survivors around the world. In this stage, around 50% experience long-term side effects, with fatigue, fear of recurrence, depression, anxiety and pain being the most common; specifically, in breast cancer survivors there also being reported physical and cognitive disabilities, sleep disorder, sexual dysfunctionality and concerns about fertility and weight gain. This research is divided in two phases: 1. Validation of The Concerns About Cancer Scale (CARS) and the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican breast cancer survivors. 2. Develop an associative model about fear of recurrence and quality of life in a Mexican breast cancer survivor group. Both scales showed good psychometric properties for this population, Mexican breast cancer survivors present high levels of fear of recurrence, anxiety and depression symptoms, while the fatigue and quality of life do not exhibit serious affectations. The model present significant relation between psychological variables but not with sociodemographic or clinical variables demonstrating socioemotional differences in this population.

Key Words: Breast cancer, Survival, Fear of recurrence, Quality of life, Anxiety

Introducción

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que se diagnóstica con mayor frecuencia en las mujeres a nivel mundial con alrededor de 2.3 millones de casos y 685 mil muertes en 2020 con una prevalencia (de 5 años) de 7.8 millones de mujeres diagnosticadas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Una vez concluidos los tratamientos para el cáncer, inicia una etapa considerada de supervivencia en la que el cáncer es percibido ahora como un antecedente y parte de la historia del paciente, la vigilancia médica se mantiene y se enfrentan nuevos retos físicos y psicosociales. Por ejemplo, se ha reportado que alrededor del 50% de los supervivientes de cáncer experimentan efectos secundarios a largo plazo debido a la enfermedad y a los tratamientos, los cuales suelen ser graves, debilitantes y en muchos casos permanentes; dentro de los cuales se encuentran el miedo a la recurrencia, depresión, dolor y fatiga como los más comunes (Harrington et al., 2012; Howard-Anderson et al., 2012; National Comprehensive Cancer Network, 2017).

En los últimos años se ha incrementado el interés en atender las consecuencias y el impacto funcional que dejan los tratamientos del cáncer de mama y se ha descrito que el grupo de supervivientes de cáncer de mama es el que presenta mayor número de afectaciones a largo plazo como ansiedad, miedo a la recurrencia, fatiga, dolor, preocupaciones en torno a la fertilidad, al aumento de peso, problemas de sueño, de sexualidad, resequedad vaginal, incontinencia urinaria así como un decremento en la actividad sexual, apoyo emocional y su vida social; síntomas reportados incluso 10 años después de haber concluido el tratamiento (Bloom et al., 2004; Ganz et al., 2002; Harrington et al., 2010; Howard-Anderson et al., 2012).

Así mismo, la calidad de vida se ha convertido en un objetivo de evaluación en las investigaciones clínicas con el fin de optimizar intervenciones que busquen mantener la funcionalidad y minimizar la discapacidad de las pacientes (Yang, Kim, Shin, & Lim, 2012). De hecho, instancias internacionales han reconocido la importancia de identificar y atender estas consecuencias estableciendo criterios de atención especializada (NCCN, 2017; Runowicz et al., 2016).

La información descrita hasta el momento revela la importancia de identificar y describir las diferentes y numerosas afectaciones que presentan las supervivientes de cáncer de mama, así como de implementar el uso de instrumentos válidos y confiables específicamente para la población mexicana.

Con el fin de conocer a detalle cuales son los síntomas y consecuencias psicológicas generadas por el cáncer en la fase de supervivencia, el presente protocolo de investigación tuvo como objetivo, en primera instancia, llevar a cabo una revisión de la literatura en las bases de datos PUBMED y PSYCINFO con el fin de responder a dos objetivos: 1) ¿Cuáles son las afectaciones psicosociales más reportadas por las supervivientes de cáncer de mama? y 2) ¿Cuáles son los factores asociados a los síntomas más reportados por las supervivientes de cáncer de mama?. Una vez conocidas las principales afectaciones y sus factores asociados se planteó el objetivo de validar el Cuestionario de preocupaciones acerca del cáncer (CARS) y la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en supervivientes de cáncer de mama mexicanas y posteriormente se elaboró un modelo predictivo del miedo a la recurrencia y calidad de vida en esta población.

Capítulo 1. Cáncer de mama y supervivencia

Epidemiología de cáncer de mama

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial reportándose 2 261 419 casos nuevos y 684 996 muertes en el año 2020 por esta causa de acuerdo a la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (Ferlay; et al. 2020) poniendo en evidencia la gravedad de la enfermedad.

La incidencia de esta enfermedad es bastante variable; Europa Oriental, América del Sur, África Austral y Asia Occidental presentan incidencias moderadas, pero que van en aumento mientras que la incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento en la incidencia de cáncer de mama (OMS, 2018).

En Estados Unidos de Norte-América (EUA), el cáncer de mama representa el 15.2% de todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados en el país; Para el año 2021 se estiman 281,550 nuevos casos de cáncer invasivo y 49,250 casos de cáncer ductal *in situ* en mujeres, con aproximadamente 44,130 defunciones. De 2008 a 2017 la incidencia de cáncer de mama invasivo se incrementó alrededor de .5% por año en este país, sin embargo, la tasa de supervivencia a 5 y 10 años ha incrementado en los últimos años, estimándose para 2021 una tasa de mortalidad de 20.1 con base en los datos entre 2013 y 2017. Finalmente, para la población hispana/ latina de EUA, las tasas de incidencia y mortalidad estimada para el año 2021 son de 94.8 y 13.8 respectivamente (American Cancer Society, 2021).

Es importante destacar los datos de la población hispana debido a su magnitud y amplio número de descendientes mexicanos, lo que permite hacer comparaciones con la población del presente estudio. Se estima que existen 57.5 millones de hispanos en EUA, lo que representa el 18% de la población norteamericana y el 63% de ellos son de origen mexicano, los cuales se concentran en los estados de California y Texas (80%). En esta población particular, se estimó que en el 2018 existían cerca de 817,000 casos de cáncer en mujeres y alrededor de 20,400 muertes; para cáncer de mama se estimaron 24,000 casos y 3,200 muertes para ese mismo año con una tasa de incidencia que incrementó .4% por año desde el 2006 hasta 2015 pero con una reducción en la tasa de mortalidad de 1.1% por año en hispanas en comparación con el 1.8% en mujeres no hispanas. (American Cancer Society, 2018).

Cabe resaltar que la población hispana / latina reporta las tasas más bajas de diagnóstico de los principales cánceres (mama, colorectal, pulmón y próstata), sin embargo, se ha observado que estas mujeres presentan menor probabilidad de ser diagnosticadas en etapas locales, por ejemplo, entre el año 2011 y 2015, el 57% de los diagnósticos de cáncer de mama en mujeres hispanas se dio en una etapa local en comparación con un 65% en mujeres no hispanas, estas diferencias pueden ser atribuidas a que la población hispana tiene menor acceso a estudios de mastografía, menos seguimiento de los resultados anormales de estudios, menores ingresos y menos conductas de autocuidado que permiten la autodetección de tumores; así mismo, se ha documentado que las mujeres hispanas tienen menor probabilidad de recibir los tratamientos apropiados de forma oportuna (American Cancer Society, 2018).

Reforzando los anterior, Jemal, Center, DeSantis, y Ward (2010), explican que la tendencia desfavorable de aumento en las tasas de incidencia y mortalidad general en el mundo por cáncer de mama, puede estar exacerbada por la falta y/o acceso limitado de servicios de detección y tratamiento temprano, por ejemplo, en países como Perú, México, Colombia y Brasil aproximadamente del 30% al 40% de los diagnósticos de cáncer de mama se dan en enfermedad metastásica, mientras que los diagnósticos y muertes en edades jóvenes priva a la sociedad de numerosos años productivos (Justo et al., 2013).

Referente a México, la Organización Mundial de la Salud, a través de la Agencia Internacional de investigación en cáncer, reportó una tasa de incidencia de 58.3 por cada 100,000 habitantes, prevalencia por año de 36.0 y tasa de mortalidad de 17.6 (Ferlay; et al. 2020); mientras que el Instituto Nacional de Geografía y Estadística reportó de manera preliminar una cifra de 7 821 muertes a nivel nacional para el año 2020, siendo el grupo etario de 50 a 59 años el más afectado y los estados de México, Ciudad de México, Jalisco y Veracruz los de mayor número de defunciones: 960, 831, 608 y 516 respectivamente (INEGI, 2020).

Estas cifras colocan al cáncer de mama como primera causa de muerte en mujeres de 35 a 44 años y segunda en aquellas de 45 a 64 años (1ª de los tumores malignos) desde el año 2016; de hecho, se observa un aumento de casos de tumores malignos de la mama conforme aumenta la edad, esto, a partir de los 45 años, donde la incidencia pasa de 11.96 en mujeres de 25 a 44 años a 54.23 en el grupo de 50 a 59 años y a 71.77 en el grupo de 60 a 64 años (Secretaría de Salud, 2017).

Para el año 2040, se ha estimado que alrededor de 3.19 millones de mujeres en el mundo tendrán un diagnóstico de cáncer de mama y cerca de 1.04 millones morirán por esta causa, lo que

representa un incremento de (33.8% y 51.5% respectivamente); para México la proyección es de 45 mil casos nuevos (51.5% más que en 2020) y 13 mil muertes, es decir un incremento de 64.2% (International Agency of research on cancer, 2020).

Una de los motivos por los cuales las tasas de incidencia y mortalidad proyectan un incremento tan importante, se debe a la actual pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2, situación que ha representado un problema de salud pública con importantes repercusiones como afectaciones secundarias de la enfermedad que se conjuntan con otras enfermedades de las población o complican las mismas, así también por ejemplo, el retraso en los diagnósticos y atención médica general incluyendo el diagnóstico y tratamiento oncológico.

Y es que la enfermedad de COVID-19 ha dejado hasta octubre de 2021 236 599 025 casos y 4 831 486 muertes alrededor del mundo, mientras que en nuestro país se han registrado 3 699 621 casos confirmados y poco más de 280 mil muertes por esta causa (World Health Organization, 2021). Dicha enfermedad ascendió a la segunda causa de muerte a nivel nacional con 108 658 casos, por debajo de las enfermedades del corazón y por encima de los tumores malignos durante los meses de enero a agosto de 2020; sin embargo, al contrastar la tasa de mortalidad de todo el año 2020, los tumores malignos, siguen siendo la tercera causa de muerte en mujeres mexicanas, por encima de la COVID-19 y el incremento en la mortalidad general del país fue de 49.3%; INEGI,2021).

Finalmente, resulta importante resaltar que se ha descrito que cerca del 42% de los casos de cáncer y entre el 30% y 45% de las muertes son prevenibles, y que, 1 de cada 5 casos se deben a factores como el tabaco, sobrepeso, mala alimentación e inactividad física lo que representa un campo de

acción para la disciplina psicológica y las ciencias del comportamiento en función de modificar estilos de vida y prevenir la enfermedad (ACS, 2018; OMS, 2015).

Supervivencia

La etapa de vigilancia o supervivencia representa nuevos retos de adaptación física y psicosocial, es por ello que autores como Allen, Savadatti, y Levy (2009) describen este periodo como “*la fase de reingreso*”, en la que las mujeres luchan por recuperar la normalidad en sus vidas. En esta fase pierden su “red de seguridad”, de vigilancia y seguimiento constante por parte del equipo médico así que la responsabilidad de monitorear su estado de salud recae ahora en ellas mismas; por ejemplo, en el caso del cáncer de mama mediante exámenes de autoexploración mamaria y estando alerta ante cualquier síntoma nuevo que pueda surgir.

La Coalición Nacional de la supervivencia de cáncer (NCCS, por sus siglas en inglés) establece que una persona es considerada superviviente de cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, como un continuo de “vivir con, durante y después del cáncer” y cubre los problemas físicos, psicosociales y económicos del cáncer. Se centra en la salud y vida de una persona con cáncer más allá de las fases de diagnóstico y tratamiento. Supervivencia incluye asuntos relacionados con la capacidad de obtener asistencia médica, seguimiento, atención de los efectos tardíos del tratamiento, segundos cánceres primarios y la calidad de vida (NCCS, 2014). Finalmente, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI, por sus siglas en inglés) agrega que a los familiares, amigos y cuidadores forman parte importante también de la experiencia de supervivencia (NCI, 2016).

Fitzhugh Mullan, uno de los fundadores de la NCCS agregó a la definición de supervivencia desde 1985, tres etapas de supervivencia que conllevan un conjunto específico de preocupaciones y que ayudarán a comprender mejor el constructo:

1. Supervivencia aguda. Comienza con el diagnóstico de la enfermedad, dominada por esfuerzos terapéuticos. El miedo y la ansiedad son elementos importantes y constantes de esta fase.
2. Supervivencia extendida. Es el periodo en el que el paciente entra en remisión, ha terminado la parte básica y rigurosa del tratamiento e inicia una etapa de vigilancia con revisiones periódicas o terapia intermitente. Psicológicamente, esta etapa está dominada por el miedo a la recurrencia y limitaciones físicas que han dejado la enfermedad y los tratamientos como fatiga, amputación de una parte del cuerpo o pérdida del cabello, situaciones que a pesar de que pudieron haber ocurrido en la fase aguda, es en este momento en el que tienen que lidiar con dichas consecuencias y limitaciones en casa, en la comunidad o en el trabajo.
3. Supervivencia permanente. En esta etapa las personas están listas para retomar su vida por completo y son comunes los problemas con el trabajo y donde pueden aparecer efectos secundarios de largo plazo (Hewitt, Greenfield, & Stovall, 2006).

En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama NOM-041-SSA2-2011 estipula la tasa de sobrevida como el número de mujeres vivas a 1, 3 y 5 años del diagnóstico y dependerá de la etapa clínica diagnosticada, es así que para los estadios I y II las tasas son de 93% y 72% mientras que en etapas avanzadas o metastásicas (III y IV) las posibilidades de supervivencia se reducen hasta a 41% y 18% respectivamente (Norma Oficial Mexicana, 2011).

De acuerdo con las necesidades y objetivos específicos del presente protocolo de investigación se utilizará la definición y criterios de supervivencia extendida y permanente que propone Mullan (1985).

En 2018, existían registrados aproximadamente 48.3 millones de supervivientes de cáncer en el mundo. A pesar de las diferencias entre regiones, la tasa de supervivientes de cáncer de mama se ha incrementado en los últimos años; por ejemplo, en países como América del Norte, Suecia y Japón se reportan tasas de supervivencia de 80%, desafortunadamente, en países de ingresos medios y bajos, las tasas son de 60% y 40% o menos (Organización Mundial de la Salud, 2018) como es el caso de América Latina, en donde se han reportado datos que indican una pobre supervivencia en comparación con el resto del mundo (Justo et al., 2013).

En el caso de Europa el registro de supervivientes de cáncer asciende a 16 millones, pronosticándose un aumento para el año 2020 del 50%, la tasa de supervivencia reportada a 5 años es del 82% siendo la Gran Bretaña quien registra el mayor número de supervivientes en general con poco más de dos millones de los cuales el 27% son de cáncer de mama y España reportando también un porcentaje de supervivencia del 83% para cáncer de mama (Sociedad Española de Oncología Médica, 2012; Sant et al., 2015).

Hasta enero de 2019 en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) se estima existen 16.9 millones de supervivientes, es decir el 5.0% de la población (más de 3.8 millones de supervivientes de cáncer de mama) y se predice que la cifra aumentará un 29.1%, es decir, a 22.1 millones para el año 2030 lo que representa un aumento de más de 4 millones de supervivientes en 10 años (National Cancer Institute, 2019; ACS, 2019). De hecho, 1 de cada 5 personas mayores de 65 años en esa nación se

considera que es superviviente de cáncer (NCCN, 2017). Específicamente para cáncer de mama, la tasa de mortalidad disminuyó de 1990 al año 2000 de 49.7 muertes por cada 100mil habitantes a 38.0, es decir un decremento del 24% (Berry et al., 2005).

En México, desde el año 2015, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de nuestro país elaboró la iniciativa del Registro Nacional de Cáncer y el Registro Nacional de supervivientes de cáncer, siendo éste el primer acercamiento a la investigación y publicación de datos referentes a esta población, en el que hasta el año 2018, se tiene un censo preliminar de 3,800 supervivientes de los cuales cerca del 48% son de cáncer de mama y 2,536 de ellos tiene una supervivencia mayor a los 5 años, sin embargo, refleja también diversos problemas de salud relacionados con las secuelas de la enfermedad y el tratamiento, por ejemplo, 95% ha reportado alguna afectación emocional como depresión o ansiedad, 82% alteraciones en la sexualidad y el 50% temor a una recaída; estos problemas deberán ser afrontados y requerirán de la implementación de planes de asistencia específicos para los supervivientes, pues pronto comenzarán a ser un problema de salud pública (Instituto Nacional de Cancerología, 2018).

Retomando el objetivo de la Organización Mundial de la Salud de reducir las tasas de mortalidad por cáncer de mama en 2.5%, evitando casi 2.5 millones de muertes en todo el mundo entre los años 2020 y 2040 mediante tres pilares: promoción de la salud, diagnóstico oportuno y manejo integral del cáncer de mama (WHO, 2021); se destaca el último punto, pues resulta de vital importancia atender los problemas físicos y psicosociales derivados de la enfermedad, particularmente en la etapa de sobrevivencia, la cual a diferencia de la fase de diagnóstico y tratamiento, ha sido menos estudiada, principalmente en nuestro país.

Capítulo 2. Afectaciones psicosociales de las supervivientes de cáncer de mama

La fase de supervivencia conlleva diversas consecuencias que han dejado la enfermedad *per se* y los tratamientos a nivel físico y psicológico; dichas consecuencias han sido reportadas en numerosos estudios y con la finalidad de hallar la mejor evidencia en este tema, se realizó una revisión de la literatura con base en dos objetivos principales: 1. Conocer los principales afectaciones psicosociales reportados por las supervivientes de cáncer de mama y 2.- Describir la relación entre dichas afectaciones así como los factores asociados a cada una de ellas.

Revisión de la literatura

Objetivo 1.

¿Cuáles son las afectaciones psicosociales más reportados por las supervivientes de cáncer de mama?

Se llevó a cabo la revisión de la literatura en las bases de datos PUBMED y PsycINFO cubriendo los estudios publicados en los últimos 6 años (2014-2019). Estos fueron identificados por medio de la estrategia de búsqueda que se muestra en la Figura 1 y se empleó la metodología PICO (Akobeng, 2005) con los siguientes términos de búsqueda (MESH): *breast cancer survivors AND *psychological symptoms, *behavioral symptoms, *emotional disturbance *affective symptoms (Ver Tabla 1 y 2). Como filtro específico, se consideraron artículos con metodología de investigación de tipo meta-análisis, revisión sistemática, longitudinales, transversales, descriptivos o exploratorios, escritos en inglés o español, con población superviviente de cáncer de mama (CaMa).

Tabla 1

Criterios de búsqueda para la revisión de la literatura

Término de búsqueda	Término MESH semejante	Significado
<i>Survivors</i>	<i>Cancer Survivor</i>	Personas que han experimentado una supervivencia prolongada con una enfermedad neoplásica y el impacto de la enfermedad en el individuo, los miembros de la familia y otras personas importantes (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).
<i>Breast cancer</i>	<i>Breast neoplasm</i>	Tumor o cáncer en el pecho humano (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).
<i>Psychological symptoms</i>	<i>Behavioral symptoms</i>	Manifestaciones observables de funcionamiento psicológico deteriorado (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).
	<i>Affective symptoms</i>	Estado de ánimo o respuestas emocionales disonantes o inapropiadas para el comportamiento o estímulo determinado (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).
	<i>Emotional disturbances</i>	Estado de ánimo o respuestas emocionales disonantes o inapropiadas para el comportamiento o estímulo determinado (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).

Tabla 2

Pregunta PO (Metodología PICO)

P	O
<i>Breast Cancer Survivors</i>	<i>Psychological symptoms</i>
	<i>Behavioral symptoms</i>
	<i>Affective symptoms</i>
	<i>Emotional disturbances</i>

Resultados

Como se puede observar en la Tabla 3 (Anexo 1), se incluyeron 20 revisiones sistemáticas, 4 estudios longitudinales, 2 descriptivos, 2 correlacionales, así como un transversal y un exploratorio.

Todos publicados en idioma inglés. Las principales bases de datos reportadas en las revisiones sistemáticas examinadas fueron CINAHL (n=13) PUBMED y PsycINFO (n=12), MEDLINE (n=9), EMBASE (n=7), COCHRANE y Web of Science (n=6). Entre las poblaciones específicas descritas se encuentran supervivientes jóvenes (n=12 a 4054) y latinas (n=581). En las revisiones sistemáticas se reportan entre 8 y 130 artículos y entre 40 a 400 participantes en el resto de los estudios. Además de supervivientes de cáncer de mama, se reportan en conjunto, poblaciones supervivientes de otros tipos de cáncer y supervivientes jóvenes (15%).

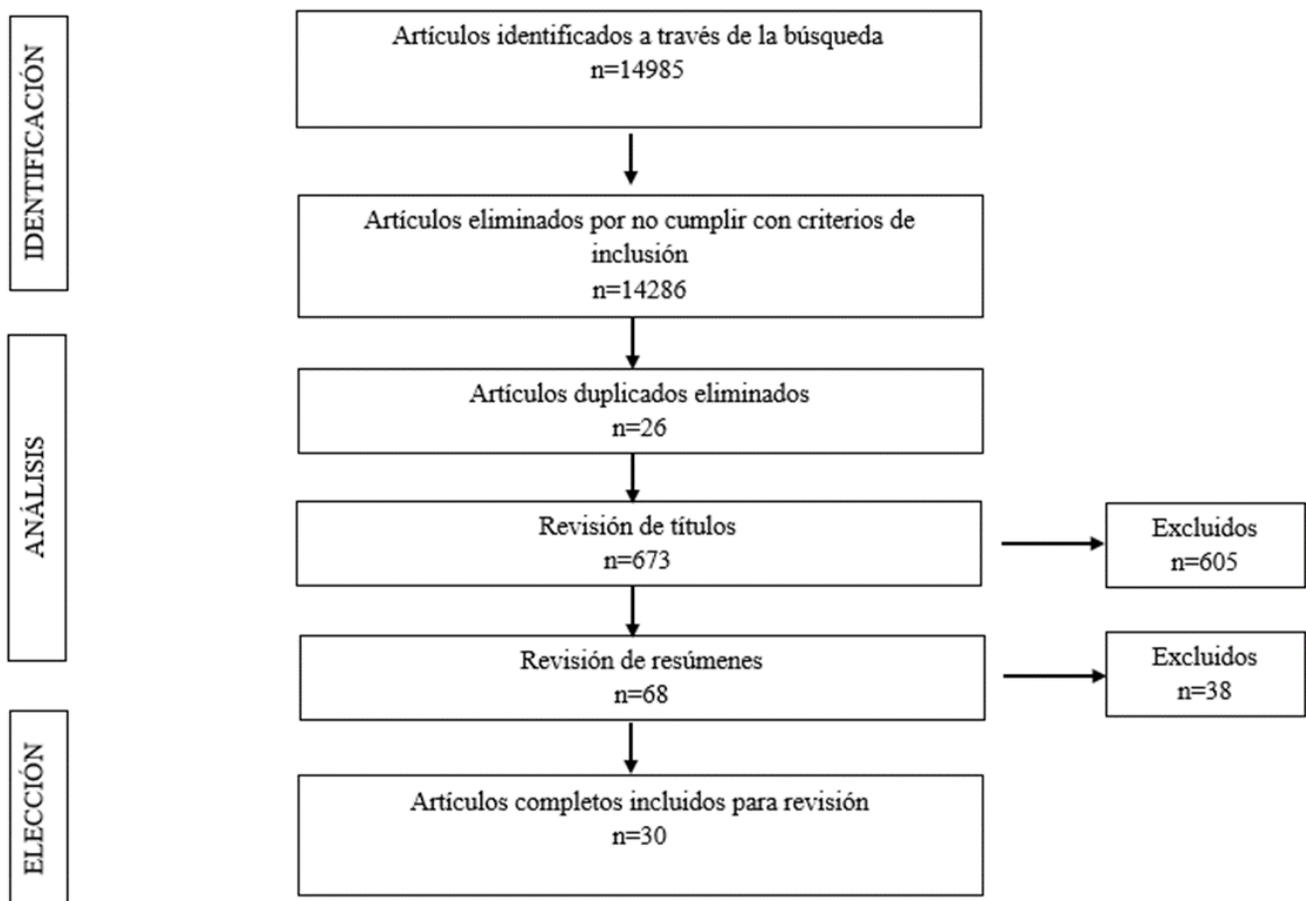


Figura 1: Proceso de búsqueda de la literatura

Afectaciones psicológicas

Las mujeres con cáncer de mama enfrentan diversas situaciones estresantes desde el momento del diagnóstico y por el resto de su vida que potencialmente amenazan su vida y su bienestar tanto físico como psicológico (Ornelas Mejorada et al., 2013) y las consecuencias derivadas de la enfermedad y sus tratamientos, llevan a estas pacientes a adaptarse a cambios y pérdidas importantes como cambios en su imagen corporal, diversos síntomas físicos y psicológicos, dificultades para reingresar a sus actividades laborales y sociales así como afectaciones financieras.

Precisamente la revisión de la literatura permite observar una amplia variedad de afectaciones reportadas por el grupo de supervivientes de cáncer de mama, entre las que destacan el *miedo a la recurrencia* (39%-97%) en donde se ha documentado que hasta un 87% reportan niveles moderados mientras que un 15% reporta niveles elevados (Fiszer et al., 2014; Simard et al., 2013; Merckaert et al., 2017) y la *fatiga* (Abrahams et al., 2018; Islam et al., 2014; Jarrett et al., 2013; Molina y Feliu, 2013; Wei, et al., 2016). Carlson y Garland (2005) mencionan que es la fatiga el síntoma más reportado, el de mayor duración y el más perjudicial que dejan los tratamientos contra el cáncer, y el grupo de supervivientes de cáncer de mama muestra niveles elevados de fatiga quizás asociados a las terapias hormonales y/o endócrinas que reciben estas pacientes (Wei et al., 2016).

Aunado a esto, se ha reportado *ansiedad* (17.9% a 33.3%), *depresión* (9.4% a 66.1%), con síntomas graves entre 3% y 41.7% sugiriendo un incremento de los síntomas depresivos un año después del diagnóstico y con un decremento a lo largo de los siguientes años (Maass et al., 2015; Wei et al., 2016; (Zainal et al., 2013), *falta de información* acerca de la posible recurrencia de la enfermedad y de sus efectos secundarios (Barnett et al 2016), *capacidad física deteriorada* (28%),

dificultad para cargar objetos pesados (62%), afectaciones cognitivas como aprender cosas nuevas (20%), estrategias de afrontamiento desadaptativas, bochornos, síntomas menopáusicos, dolor o sensibilidad mamaria, resequedad vaginal y falta de deseo sexual; éstos últimos síntomas relacionados con la fase de menopausia y reportados en más del 50% de las supervivientes de acuerdo a Howard-Anderson et al., (2012). A su vez, todas estas afectaciones interfirieron con la funcionalidad laboral, autoconfianza y autoestima (Duijts et al., 2014, Klemanski et al., 2016).

Jarrett et al. (2013) identifican en su revisión sistemática, nueve principales afectaciones en la supervivencia del cáncer que son: ansiedad (30%), depresión (20-30%), malestar emocional (35.1%), impacto sobre la familia y las relaciones, deterioro en la función social, deterioro en la calidad de vida, miedo a la recurrencia (22%), problemas de apoyo social y de afrontamiento. De forma similar, Post y Flanagan (2016), mencionan que las supervivientes de cáncer de mama experimentan secuelas negativas como ansiedad, depresión, elevados niveles de malestar emocional, decremento en la calidad de vida, síntomas físicos secundarios a los tratamientos y problemas de trabajo, financieros y familiares.

Otras revisiones confirman que alrededor del 50% de las supervivientes experimentan efectos secundarios a largo plazo siendo la fatiga (26%-56%), miedo a la recurrencia (33%-96%), depresión (30%-48%) y dolor (26%-47%) los más comunes, además de deficiencias cognitivas (31%-61%), ansiedad (45-48%), problemas de sueño (59%), disfunciones sexuales (28%-51%), limitaciones funcionales, preocupaciones en torno a la fertilidad y al aumento de peso; síntomas que han sido identificados hasta 10 años posteriores al término del tratamiento (Harrington et al., 2010; Howard-Anderson et al., 2012; Cheng et al., 2016; Huang, & Shi, 2016; NCCN, 2017).

El reingreso laboral es un aspecto importantes en la etapa de supervivencia, al respecto, se han descrito diferentes variables que influyen en la reincorporación a las actividades; por ejemplo el nivel educativo, el tipo de tratamiento recibido, específicamente quimioterapia, aquellos trabajos que son físicamente demandantes, el deterioro de la salud, la fatiga, la depresión y el distrés influyen negativamente en el adecuado reingreso laboral, por el contrario, el apoyo familiar, social y laboral son facilitadores para este regreso al trabajo (Islam et al., 2014). Molina y Feliu (2013), reportan que el 59% de la población superviviente en su revisión, se reincorporó a las actividades laborales después de los tratamientos; en uno de los estudios revisados por los autores se destaca cómo de 359 supervivientes evaluados, 1 de cada 3 presentaba problemas relacionados con el trabajo posterior a los tratamientos mientras que 1 de cada 10 opto por retirarse debido a la incapacidad. Mas recientemente, Arfi et al., (2018) mencionan que aquellas supervivientes sometidas a mastectomía, disección axilar y quimioterapia presentaban mayores tiempos de incapacidad laboral.

Sólo dos estudios se especifican en población superviviente joven, pareciendo no existir diferencias en los síntomas y preocupaciones reportadas entre esta población y las de mayor edad, resalta que las mujeres jóvenes parecen tener conductas de salud más pobres requiriendo atención adecuada y específica a sus necesidades (Barnett et al., 2016) y parecen reportar niveles más elevados de sintomatología depresiva (Howard-Anderson et al., 2012). Estos mismos autores documentaron en su revisión de la literatura que una de las principales preocupaciones de este sector de la población es la relacionada con presencia de síntomas menopáusicos (61% y 86%) de las cuales el 30% consideraba que dicha inquietud interfería en sus decisiones médicas.

Juarez et al., (2013) describen las características de supervivientes de cáncer de mama latinas, dejando ver que las afectaciones reportadas también son similares a las de supervivientes de otras nacionalidades como lo son la fatiga y el estrés, sin embargo, los autores concluyen que esta población presenta diversas preocupaciones sobre la supervivencia y la calidad de vida que pueden ponerlas particularmente en riesgo de tener una pobre calidad de vida necesitándose más intervenciones culturalmente adaptadas para esta población dirigidas a abordar la escasez de investigación que existe en Latinoamérica

Cabe destacar que las afectaciones psicosociales pueden afectar la adhesión al tratamiento, por ejemplo, mostrando dificultades en la ingesta de medicamentos adyuvantes como la hormonoterapia o evitando acudir a sus consultas médicas o realizarse estudios de seguimiento, así como exacerbar síntomas como fatiga, insomnio y dolor por lo que resulta indispensable atenderlas de manera oportuna.

Algunos de estudios revisados determinan la relación entre los síntomas reportados y su trayectoria en el tiempo, por ejemplo, se ha documentado que la edad y los años desde el diagnóstico del cáncer correlacionan con dificultades funcionales ($r=0.25$, $r=0.21$ $p<0.01$ respectivamente), que a su vez se asocian a síntomas no relacionados con el cáncer y al número de comorbilidades presentes ($r=0.42$, $r=0.44$ $p<0.01$) (Deimling et al., 2006).

Otros estudios reportan que los síntomas que persisten a largo plazo se asocian con preocupaciones acerca del cáncer, de la recurrencia y de la presencia de nuevos cánceres, siendo estas inquietudes los mayores predictores de ansiedad y depresión mientras que mayor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento de reestructuración cognitiva positiva parecen estar relacionados con

una mejor calidad de vida (Howard-Anderson et al., 2012; Jarrett et al., 2013). Brandão et al., (2017) reportan que el rasgo de ansiedad, la quimioterapia, poco apoyo social percibido y fatiga predicen mayores síntomas de depresión, ansiedad, distrés y menor calidad de vida, por el contrario, mayor edad y nivel educativo predicen mejor calidad de vida, menor depresión y distrés.

Fiszer et al., (2014) hallaron resultados similares donde niveles elevados de ansiedad y depresión se relacionan con mayores necesidades psicológicas. Se ha observado que participantes con alto nivel educativo reportaron mayor funcionamiento social en comparación con aquellos con bajo nivel educativo ($d=0.19$ vs $d=0.22$) (Willems et al., 2017).

Finalmente, el miedo a la recurrencia se ha reportado que puede ser detonado por escuchar acerca del cáncer en la televisión o el radio, visitas al médico o malestares físico generales, dichos detonadores se han reportado hasta dos veces por mes (Van Helmond et al., 2016). También se ha visto asociado a mayores visitas al médico en general y al servicio de urgencias o, por el contrario, a evitar estudios de chequeos para el cáncer o visitas de control médico. A pesar de esto, Simard et al. (2013) observaron que este síntoma se mantiene estable a lo largo del periodo de supervivencia y niveles altos de éste se asociaron con edades jóvenes, presencia de síntomas psicológicos, distrés y menor calidad de vida.

Descripción de las afectaciones reportadas por supervivientes de cáncer de mama

Revisión de la literatura

Una vez conocidas las principales afectaciones que reportan las supervivientes de cáncer de mama, resulta importante describirlas con mayor profundidad, conocer sus prevalencias, trayectorias y explorar si existen factores asociados a éstas. Para ello, se realizó una segunda revisión que cumplió con el objetivo de:

Objetivo 2.- Describir las afectaciones más reportadas por las supervivientes de cáncer de mama

La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed y PsycINFO utilizando los términos MESH (Tabla 4) “*breast cancer survivors AND “quality of life”, “fear of recurrence”, “anxiety”, depression”, “fatigue”*”; dichos términos fueron conectados mediante el uso del término booleano “*and*” y se usaron para formular la pregunta PO correspondiente para desarrollar la búsqueda de información (Ver Tabla5). Se utilizaron los siguientes criterios de búsqueda: artículos publicados en los últimos 5 años, con niveles de evidencia correspondientes a meta-análisis, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, estudios prospectivos y longitudinales mostrándose los resultados en la Figura 2.

Tabla 4*Criterios de búsqueda para el objetivo 2 de revisión de la literatura*

Término de búsqueda	Término MESH Semejante	Significado
<i>Survivors</i>	<i>Cancer Survivor</i>	Personas que han experimentado una supervivencia prolongada con una enfermedad neoplásica y el impacto de la enfermedad en el individuo, los miembros de la familia y otras personas importantes (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).
<i>Breast cancer</i>	<i>Breast neoplasm</i>	Tumor o cáncer en el pecho humano (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017).
<i>Fear of recurrence</i>		Miedo a que la enfermedad (cáncer) regrese o progrese en el mismo órgano o en alguna otra parte del cuerpo (Vickberg, 2003).
<i>Quality of life</i>	<i>Health related quality of life</i>	Estado de ánimo o respuestas emocionales disonantes o inapropiadas para el comportamiento o estímulo determinado (National Library of Medicine. MeSH Database, 2017). Concepto que refleja preocupación por la mejora y modificación de atributos de la vida como el entorno físico, social, político, moral, social, así como de la salud y la enfermedad. (National Library of Medicine. MeSH Database, 2018)
<i>Anxiety</i>		Sensaciones y emociones de temor, aprehensión o desastre inminente pero no incapacitante como los trastornos de ansiedad. (National Library of Medicine. MeSH Database, 2018)
<i>Depression</i>		Estados depresivos usualmente de moderada intensidad en contraste con la depresión mayor presente en trastornos psicóticos y neuróticos. (National Library of Medicine. MeSH Database, 2018)
<i>Fatigue</i>	<i>Fatigue Syndrome, Chronic</i>	Estado de debilidad seguido de un periodo de esfuerzo físico o mental caracterizado por un decremento en la capacidad de trabajo y en la capacidad de responder a estímulos. (National Library of Medicine. MeSH Database, 2018)

Tabla 5
Preguntas PO

P	O
<i>Breast Cancer Survivors</i>	<i>Fear of recurrence</i>
	<i>Quality of life</i>
	<i>Health related quality of life</i>
	<i>Anxiety</i>
	<i>Depression</i>
	<i>Fatigue</i>
	<i>Chronic Fatigue syndrome</i>

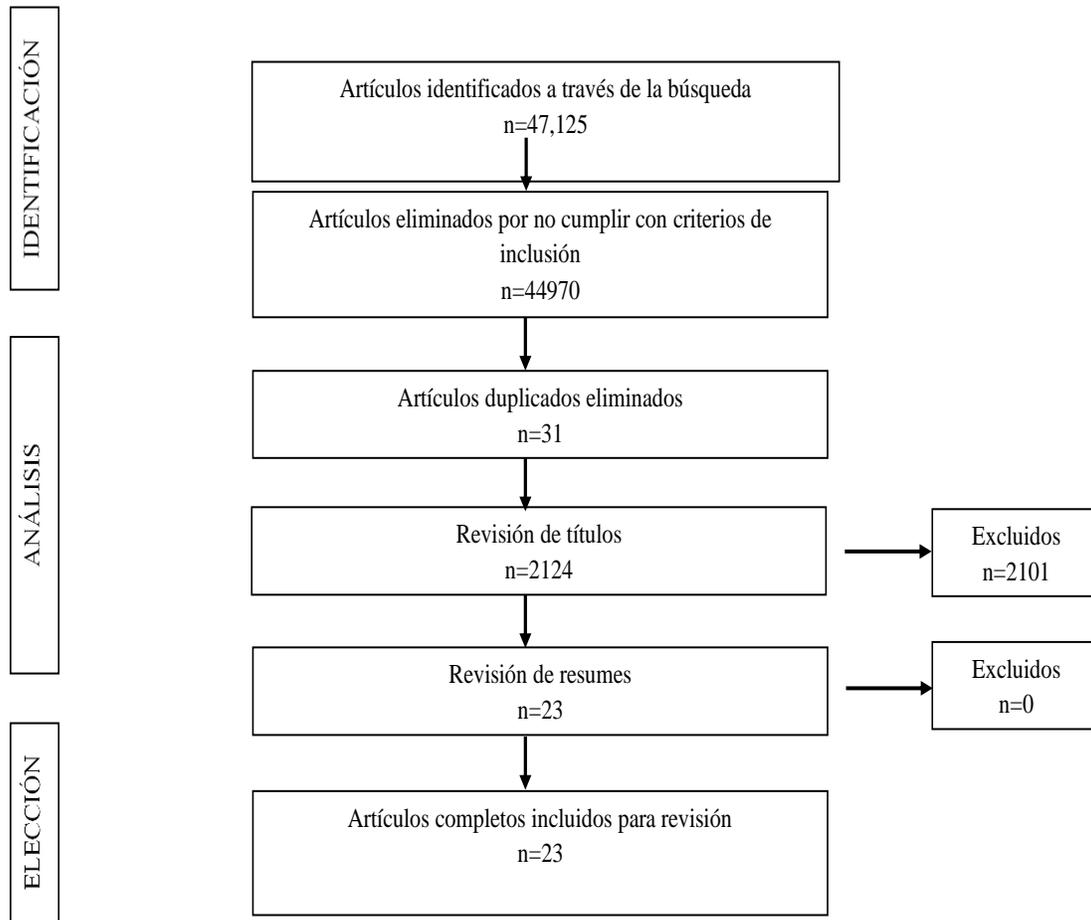


Figura 2: Esquema de la Revisión de la literatura del objetivo 2

Descripción de los síntomas

Miedo a la Recurrencia

El miedo a la recurrencia del cáncer se define como el miedo a que la enfermedad regrese o progrese en el mismo órgano o en alguna otra parte del cuerpo (Vickberg, 2003) y es considerado un fenómeno multidimensional que incluye componentes emocionales de ansiedad y miedo así como componentes cognitivos que incluyen preocupación y pensamientos intrusivos.

Generalmente es disparado por síntomas físicos o riesgos percibidos resultantes de malestar emocional, pobre calidad de vida y deterioro funcional (Lengacher et al., 2014). Al contrario de los desórdenes ansiosos, el miedo a la recurrencia no es necesariamente irracional sino una respuesta ante una amenaza real y este miedo particular es experimentado por muchos supervivientes incluso años después de haber concluido los tratamientos (Thewes et al., 2012).

Epidemiología

Se ha documentado que es el grupo de supervivientes de cáncer de mama el que presenta los niveles mas elevados de miedo a la recurrencia (Koch-Gallenkamp et al.,2016) y es común encontrar en la literatura científica reportes de altos niveles de este síntoma que van desde un 42% hasta en 95% de las supervivientes de cáncer de mama desde 5 y hasta 12 años después del diagnóstico (Howard-Anderson, et al., 2012; Koch-Gallenkamp et al., 2016; NCCN, 2017; Thewes et al., 2012).

Por ejemplo, en la revisión sistemática realizada por Simard et al., (2013) reportan desde un 39% hasta 97% de algún grado de miedo a la recurrencia en sobrevivientes de cáncer con un promedio de 73%, entre 22% y 87% reportaron de moderados a elevados niveles de miedo a la recurrencia

con un promedio de 49% mientras que 7% reportaron altos niveles de miedo. En su análisis también identificaron 22 estudios que evaluaron dicho síntoma a través del tiempo concluyendo en 18 de ellos, que no existía cambio a través de los periodos de evaluación mientras que 2 estudios más reportaron que el miedo a la recurrencia tiende a incrementarse a través del tiempo.

Thewes et al., (2012) realizaron un estudio transversal para explorar la prevalencia y correlaciones del miedo a la recurrencia en mujeres jóvenes de al menos un año de supervivencia de cáncer de mama en etapas tempranas(0-II), en la que encontraron que el 70% de las participantes (N=218) reportaron niveles clínicos de miedo a la recurrencia, así mismo describen cómo en investigaciones anteriores el miedo a la recurrencia se había descrito ya como un problema común, reportándose en 56% y 68% de supervivientes de cáncer e incluso un 42% con niveles clínicos de miedo a la recurrencia.

La NCCN también reporta en su guía de práctica clínica que alrededor del 70% de los supervivientes de cáncer reportan elevado miedo a la recurrencia lo cual puede provocar malestar emocional significativo; resalta además que dicho miedo esta presente no solo en el paciente sino en los familiares y/o cuidadores y que puede llevar a ambos a evitar la vigilancia adecuada o por el contrario a demandar una mayor y mas intensa.

Otro estudio transversal realizado por Koch-Gallenkamp et al., (2016) con supervivientes de largo plazo (5-16 años post-diagnóstico) de cáncer de mama, próstata y colon y recto, reporta que un 95% de los participantes presentaron miedo a la recurrencia con una media global de 26.9 (N=6,057), 87% de estos participantes presentaron un nivel bajo de miedo a la recurrencia, 9% un nivel moderado y 4% un nivel grave siendo las supervivientes de cáncer de mama las que mostraron

mayores niveles de miedo a la recurrencia con 166 mujeres con nivel grave de un total de 240 participantes. Los autores concluyen que particularmente las supervivientes mujeres jóvenes deben monitorearse debido a la probabilidad de presentar altos niveles de miedo a la recurrencia del cáncer; así mismo la revisión sistemática realizada por Simard et al., (2013) concluye que son aquellas mujeres recién diagnosticadas y supervivientes jóvenes, con mayores percepciones de riesgo, con efectos secundarios graves y/o con problemas de ansiedad las que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad para presentar miedo a la recurrencia.

Para comprender este miedo, Fardell et al. (2016), proponen un modelo en el que explican como para algunas personas, la preocupación normal de la recurrencia de cáncer activa un estilo de procesamiento cognitivo no útil que crea un círculo vicioso que al final, incrementa el miedo a la recurrencia; es decir, como se observa en la figura 3, algunas personas pueden creer que la preocupación es protectora, que les causará algún daño o que es incontrolable, como resultado de ello tienden a pensar de manera rumiante, centrar su atención en ellos mismos y sus síntomas, vigilar las amenazas percibidas (recurrencia o progresión del cáncer) y tratar de suprimir los pensamientos de preocupación, comportamientos que en realidad pueden incrementar el miedo a la recurrencia. Estas preocupaciones tienden a agravarse en personas que tienen factores de vulnerabilidad como pérdidas o duelos previos o problemas de salud mental así como cuando se brinda poca o mala información acerca del riesgo de recurrencia de la enfermedad. Como complemento a esto, Heathcote y Eccleston (2017), enfatizan también que las personas con síntomas presentes (como linfedema u otros efectos secundarios) que interpretan dichos síntomas como dañinos, tienden a rumiar acerca de estos e hipervigilar por otros signos y síntomas de recurrencia del cáncer.

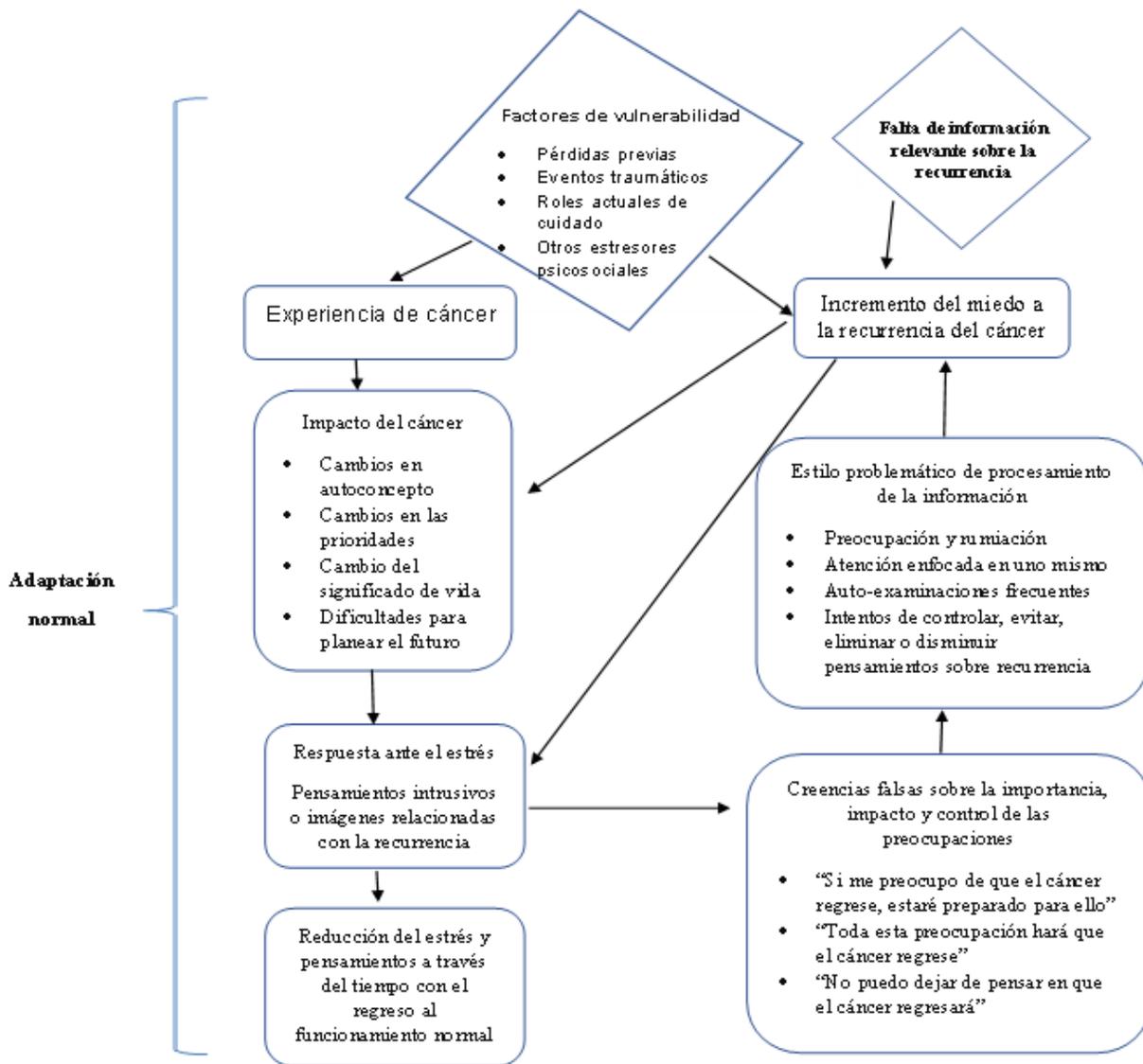


Figura 3: Modelo de miedo a la recurrencia del cáncer (Fardell et al., 2016; Butow et al., 2018).

Factores asociados con el miedo a la recurrencia:

A pesar de que el miedo a la recurrencia puede favorecer conductas de automonitoreo que podrían llevar a la detección oportuna de una recaída, el miedo en exceso puede volverse disfuncional interfiriendo con las actividades de la vida diaria y disminuyendo la calidad de vida (Koch-Gallenkamp et al., 2016); incluso, algunas mujeres sienten como si la recurrencia de la enfermedad

o la muerte fueran solo cuestión de tiempo (Thewes et al., 2012). Por lo tanto, este miedo ha mostrado afectar diferentes áreas de la vida como el funcionamiento físico, el autocontrol, el trabajo, familia o capacidad de afrontamiento y comprende creencias, aspectos cognitivos y emocionales tal como lo reportan Koch, Jansen, Brenner y Arndt (2013). Así mismo, se ha reportado que el miedo a la recurrencia esta asociado a la edad ($r=-.34$, $p<.01$) o el tratamiento recibido, particularmente la quimioterapia ($r=.25$, $p<.01$) (Vickberg, 2003).

Starreveld, Markovitz, van Breukelen y Peters, (2018) reportan que el curso de el miedo a la recurrencia depende de la edad de las supervivientes, observando que las jóvenes muestran un incremento de dicho miedo en el primero año y medio posterior a la cirugía mientras que aquellas de edad avanzada muestran niveles estables durante los primeros 6 meses, posterior a los cuales decrementa. Por otra parte, estudios longitudinales mencionan que los niveles más elevados de miedo a la recurrencia son reportados inmediatamente después del diagnóstico y durante los tratamientos, reduciéndose al finalizar éstos y estabilizándose después de pocos meses.

Otros factores reportados que afectan el miedo a la recurrencia son las habilidades de afrontamiento, el grado de deterioro funcional, bajos niveles de optimismo, la cantidad de apoyo recibido por parte de la familia y amigos, rasgos de ansiedad ($p=.001$), riesgo percibido de recurrencia ($p = 0.001$) y algunos otros disparadores que puedan traer recuerdos desagradables de la experiencia general del cáncer como lugares significativos o fechas importantes ($p= .001$) (Lebel et al., 2007; Simard & Savard, 2009; Stuart et al., 2006; Ziner et al., 2012).

Koch et al., (2013) también describen que el miedo a la recurrencia se relaciona con una pobre calidad de vida ($-0.23, p<0.05$), fatiga física ($0.2, p<0.01$) y mental ($0.22, p<0.01$), depresión ($0.32, p<0.005$; $0.36, p=0.001$) y ansiedad ($0.21, p=0.001$; $0.42, p<0.01$), es decir, los diferentes síntomas físicos y psicológicos se traslapan, exacerbándose uno a otro y afectando la calidad de vida muchos años después del tratamiento. A pesar de ello, la relación entre factores específicos del cáncer como el tipo de cáncer, etapa clínica, tipo de tratamiento recibido, factores sociodemográficos como sexo o nivel educativo y los niveles de miedo a la recurrencia es aún débil o inconclusa.

Fatiga

Es considerada un constructo multidimensional no específico que generalmente implica síntomas subjetivos de cansancio, debilidad y/o falta de energía. La fatiga relacionada con el cáncer es definida por la NCCN como un malestar emocional persistente, una sensación subjetiva de cansancio físico, emocional y/o cognitivo relacionada con el cáncer o su tratamiento que no es proporcional a la actividad reciente e interfiere con el funcionamiento habitual (NCCN, 2017).

En el contexto del cáncer de mama, los mecanismos exactos detrás del inicio y mantenimiento de la fatiga no han sido aún determinadas, sin embargo, los investigadores han propuesto que puede estar causada por la enfermedad en sí, por el tratamiento que conlleva, por síntomas físicos resultantes de la enfermedad o de su tratamiento (por ejemplo, síntomas menopáusicos) y/o debido a respuestas psicológicas ante el cáncer de mama (Bower et al., 2000; 2018; Mao et al., 2018).

Epidemiología.- Se ha descrito a la fatiga como uno de los síntomas con mayor prevalencia; con reportes que oscilan entre 26%, 50% y 90% (Bower et al., 2000; Harrington, et al., 2010; Howard-Anderson, et al., 2012; Jones et al., 2016; NCCN, 2017); por ejemplo, Harrington et al., (2010)

encontraron, mediante una revisión sistemática, que la prevalencia de fatiga de este grupo de supervivientes tratadas con alguna combinación de cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia varía de acuerdo al periodo de tiempo: a los 6 meses de haber concluido el tratamiento la prevalencia fue de 17%, entre los 6 y 12 meses de 16% a 49%, a los 2 años posteriores entre 20% y 35%, entre 2 y 5 años después encontraron reportes entre 20% y 56% mientras que a más de 5 años las tasas de prevalencia de fatiga rondan el 34%.

Factores asociados: Dicho síntoma ha correlacionado positivamente con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y tratamiento (Berglund et al., 1991), así como con edades jóvenes ($p < .001$) de acuerdo a Champion et al., (2014); depresión, ansiedad, incertidumbre acerca de la enfermedad, dolor, síntomas menopáusicos y problemas del sueño (Bower et al., 2000). Por otra parte, van Muijen et al., (2017), encontraron que la fatiga puede predecirse por un estado civil divorciado o viudo ($p < 0.001$), haber recibido quimioterapia, tener síntomas depresivos, así como presentar fatiga desde el inicio de los tratamientos ($p < 0.001$).

Niveles altos de fatiga se han relacionado de forma negativa con el funcionamiento físico, cognitivo, emocional, de roles y social, mientras que se reporta evidencia moderada a fuerte de la relación entre niveles elevados de fatiga y bajos niveles de calidad de vida, síntomas depresivos, ansiosos y pobre calidad de sueño (Abraham et al., 2018).

Además de la fatiga existen otras afectaciones físicas que es importante considerar y pudieran ser incluidas en la atención específica de supervivientes de cáncer de mama mexicanas; algunas de estas afectaciones incluyen dolor en el hombro, dificultad de movimiento o linfedema las cuales pueden afectar negativamente su autoimagen o su relación con la pareja y provocar incapacidad

para cuidarse por sí mismas o aislamiento social (Khan et al., 2012; Yang et al., 2012). Por ejemplo, el linfedema o el dolor postquirúrgico pueden ocasionar limitaciones para jalar o levantar objetos, realizar trabajos, dolores permanentes en cuello y hombros, así como otras deficiencias en las relaciones interpersonales que a su vez reducen la calidad de vida (Giardini et al., 2013; Khan, et al., 2012). Por ejemplo, 21.9% de supervivientes han reportado dificultad para caminar un tramo aproximado de 2 km y el 31% de supervivientes de más de 5 años reportó dificultades para participar socialmente en el estudio realizado por Ness, Wall, Oakes, Robison, y Gurney (2006).

Este grupo de pacientes también experimentan dificultades para acceder a los servicios de salud y establecer comunicación con el personal médico, de hecho algunas mujeres reportan sentirse abandonadas por el servicio médico, experimentar dificultades para hablar sobre su salud con otras personas y tener que lidiar con el estigma social que conlleva el cáncer (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004).

Se ha observado que estos síntomas, afectaciones y necesidades particulares de las supervivientes de cáncer en general y en cáncer de mama específicamente impactan sobre su calidad de vida y funcionamiento (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004; Giardini et al., 2013; Khan et al., 2012). Por ello resulta indispensable considerar dichos constructos para su clara identificación y abordaje.

Ansiedad y Depresión

Las implicaciones de la supervivencia del cáncer son definidas constantemente en la literatura en términos de estrés, *ansiedad y depresión*; de hecho, es común hallar estos síntomas estudiados y reportados de manera simultánea e incluso correlacionados, por ello se realiza una descripción en conjunto, aunque analizados de manera independiente. Primeramente, es importante destacar que las prevalencias reportadas de ansiedad, depresión y malestar emocional generalmente varían como resultado de la inconsistencia en la forma de medir dichos constructos y las diferencias metodológicas de los estudios (Runowicz et al., 2016). De acuerdo a la Sociedad Americana de Oncología Clínica (2016) (ASCO, por sus siglas en inglés), la prevalencia de ansiedad y depresión es de 17.9% y 11.6% respectivamente en la población general de supervivientes de cáncer; sin embargo, como analizan en su guía para supervivientes, existen variaciones dependiendo de la escala utilizada para su medición, por ejemplo hay reportes de ansiedad y depresión de 22% (rango, 13% a 56%)¹, de 22% (rango de 17% a 48%)² y de 10% (rango de 1% a 22%)³. Por otro lado, Zainal et al., (2013) observaron las mismas diferencias entre estos instrumentos arrojando prevalencias que van de 13% a 56%¹, de 17% a 48%² y de 1-22%³ respectivamente.

Ganz et al. (2013) reportan tasas para los países de ingresos medios y bajos que van desde 8% hasta 60% en síntomas depresivos y de entre 12% y 60% para ansiedad en pacientes con cáncer de mama específicamente y sugieren que la evaluación y tratamiento de la ansiedad y depresión puede mejorar la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama. Así mismo concluyen que la

¹ Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para Depresión (CES-D)

² Inventario de depresión de Beck (BDI)

³ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

educación en salud debe incluir conocimientos acerca de las características de las pacientes asociadas con un mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad y malestar emocional.

Otros estudios como el de Philip y Merluzzi (2016) donde evaluaron a 317 supervivientes de cáncer, en su mayoría de cáncer de mama (48%), reportan que alrededor del 44% de la muestra presentó puntajes mayores al punto de corte para depresión y 46% para ansiedad, concluyendo que a pesar de que las supervivientes de cáncer parecen ajustarse bien a la vida cotidiana después de los tratamientos y a lo largo del tiempo, frecuentemente presentan síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional, por lo que es importante no dejar de lado la evaluación de estos síntomas psicológicos. Abu-Helalah et al., (2014), encontraron que el 53% de los participantes de su estudio de supervivientes de cáncer de mama obtuvieron puntajes elevados para ansiedad y 45% para depresión⁴; de éstos, se detectó depresión y ansiedad grave en 8% y 14% respectivamente y encontraron que la etapa de diagnóstico, el estado laboral, el ingreso económico y los problemas sociales son predictores significativos de los puntajes elevados (totales) de la escala de depresión y ansiedad.

Ante la gran variedad de instrumentos para medir ansiedad y depresión, surge la importancia de utilizar instrumentos válidos y confiables como lo destaca la ASCO (2016), en su guía de práctica clínica para supervivientes de cáncer de mama y se concluye también, como lo hacen Ganz et al. (2013), que la evaluación y tratamiento de la depresión y ansiedad puede mejorar la calidad de vida de las supervivientes, por lo que sugieren como parte de la educación en salud incluir el

⁴ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS

conocimiento de características específicas del paciente que estén asociadas con un mayor riesgo de depresión, ansiedad, problemas emocionales y complicaciones psico sociales a largo plazo.

Factores asociados: En el caso de la ansiedad, se han descrito relaciones entre edades jóvenes ($p < .001$), diagnóstico en etapas avanzadas, mayores síntomas físicos reportados y tiempos cortos desde el diagnóstico con niveles elevados de ansiedad (Champion et al., 2014; Jarrett et al., 2013).

Otros factores de riesgo que se ha identificado para presentar ansiedad en adultos supervivientes de cáncer incluyen presentar mayor número de comorbilidades, vivir solos, así como antecedentes de vulnerabilidad para desarrollar problemas de salud mental (Gegechkori et al., 2017; Harris et al., 2017; Syrowatka et al., 2017).

En cuanto a depresión, la Guía de práctica clínica para la supervivencia de cáncer de mama de la Sociedad Americana de Cáncer (2016) ha reportado que el riesgo de ser diagnosticada con depresión mayor después de un diagnóstico de cáncer de mama es mayor en aquellas pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica, con niveles socioeconómicos bajos, desempleadas y jóvenes; dato que corroboran Champion et al., (2014) quienes encontraron una correlación entre edades jóvenes y síntomas depresivos ($p = .005$), trastorno depresivo ($p < .001$) y un total de 27% de supervivientes por encima del punto de corte para depresión clínica. Incluso se ha descrito a la depresión como un factor asociado para un decremento en las tasas de supervivencia de cáncer de mama (Falagas et al., 2007).

También se ha identificado que aquellas mujeres que reportan menor soporte emocional, menor autoestima, mayores problemas relacionados con el tratamiento (dolor, fatiga) y mayores

sentimientos y pensamientos negativos respecto al cáncer muestran mayores síntomas de depresión (Deimling et al., 2006; Howard-Anderson, et al., 2012; Jarrett et al., 2013).

De acuerdo a Fiszer et al., (2014), aquellas supervivientes diagnosticadas etapa clínica avanzada, con poco tiempo desde el diagnóstico, menor apoyo emocional y autoestima, jóvenes, con más síntomas físicos, más tratamientos recibidos, mayor distrés y pensamientos intrusivos acerca del cáncer presentaban mayores síntomas depresivos. Por otro lado, Zainal et al., (2013) identifican que la depresión se relaciona también con fatiga, miedo a la recurrencia, quimioterapia, mastectomía, bajo nivel educativo, estado civil soltera, infertilidad y alteraciones con la imagen corporal.

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud la define como la forma en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (Grupo de La OMS sobre La calidad de vida, 1995). Desde 1996 la OMS hace hincapié en que la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor; cuando lo haya, la calidad de vida se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar la atención exclusivamente en el dolor en sí.

En el contexto de supervivencia por cáncer, la calidad de vida se considera un concepto subjetivo y multidimensional que representa la sensación personal de las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y espirituales del diagnóstico de cáncer y sus tratamientos (Jacobsen & Jim, 2011).

De ahí la importancia de medir adecuadamente este constructo y para ello, el grupo encargado de llevar a cabo el proyecto de evaluación sobre calidad de vida en contextos asistenciales determina que un instrumento de evaluación para este fin ha de cubrir 6 esferas: físicas, psicológicas, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y esfera espiritual; concluyendo que quizá la más importante de las posibles aplicaciones de un instrumento de calidad de vida sería sensibilizar a los profesionales sanitarios para que no se limiten a la enfermedad, las discapacidades y los síntomas y se ocupen también de determinar la manera en que las enfermedades afectan a la gente y que intervenciones serían las más adecuadas (Grupo de la OMS sobre la calidad de Vida, 1996).

Ferrell y Dow (1997) definieron los cuatro dominios básicos que engloba este constructo con base en las necesidades de los(as) supervivientes de cáncer: el *bienestar físico* busca el control o alivio de los síntomas así como el mantenimiento de la funcionalidad e independencia el paciente, el *bienestar psicológico* pretende mantener un sentido de control frente a una enfermedad que amenaza la vida y se caracteriza por malestar emocional, alteración de las prioridades de la vida cotidiana y miedo a lo desconocido así como propiciar cambios positivos en la vida. El *bienestar social* es un esfuerzo para lidiar con el impacto que tiene la enfermedad en el individuo en sí, en los roles que desempeña y sus relaciones interpersonales, finalmente el *bienestar espiritual* se refiere a mantener la esperanza y redefinir el significado de la experiencia del cáncer.

Bajo esta perspectiva se retoma el modelo de calidad de vida en la supervivencia del cáncer planteado por el Instituto de Investigación Beckman (2004) que enfatiza los diferentes aspectos que pueden abordarse en cada una de las áreas de bienestar antes descritas (Ver Figura 4)

Se ha observado que las consecuencias que deja el cáncer de mama y sus tratamientos son innumerables, afectando todos los contextos de desarrollo de la paciente y perdurando a través de los años; por ejemplo, el bienestar general y funcionalidad de las sobrevivientes se ve perjudicado por síntomas físicos y psicológicos que interfieren en el desempeño de tareas cotidianas: actividades de la vida diaria, de trabajo y de ocio, impactando directamente en su calidad de vida (Lozano-Lozano et al., 2016).

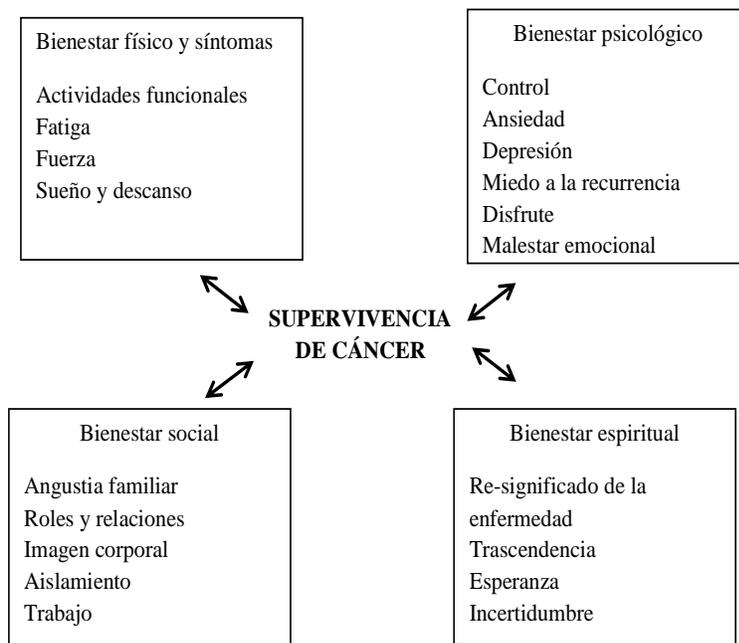


Figura 4: Modelo conceptual de la calidad de vida en el sobreviviente de cáncer, Instituto de Investigación Beckman (2004).

Sin embargo, las conclusiones respecto a la calidad de vida derivadas de diversos estudios son algo contradictorios, por ejemplo, en estudios como el de Abu-Helalah et al., (2014), el de Cheng et al., (2016) y Philip y Merluzzi, (2016), se reporta que la calidad de vida de las supervivientes de cáncer

de mama no se ve mermada al cabo de tiempo, se ve afectada sólo en una minoría de la población o como lo muestran Jarrett, et al., (2013) en su revisión donde no parece haber impacto importante sobre la calidad de vida más que en aquellas supervivientes con los estados más avanzados de la enfermedad y en condiciones de vulnerabilidad como los son bajos recursos económicos y pobre apoyo social. Por otro lado, Howard-Anderson, et al., (2012) y Huang y Shi (2016) sí reportan afectaciones sobre la calidad de vida de las supervivientes.

Por ello, es importante desarrollar intervenciones para esta población que no solo incluyan la vigilancia del padecimiento a largo plazo, sino una mejor salud preventiva, enfocadas en el alivio de los síntomas, en el manejo de los efectos secundarios físicos y psicológicos a largo plazo, en la prevención del cáncer y la reducción de riesgos tal como lo mencionan Harrington et al., (2010). De igual forma desarrollar programas de tamizaje que permitan determinar de forma oportuna a aquellas supervivientes que pueden encontrarse en mayor riesgo de tener afectaciones en su calidad de vida.

Y es que se ha observado también, que a largo plazo (7 años), la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama puede desarrollarse mediante tres trayectorias: aquellas mujeres que mantienen una elevada calidad de vida, aquellas en fase de cambio (puntajes más bajos que las de alta C.V. pero se mantienen estable) y las de caída acelerada, bajos niveles basales con decremento acelerado a lo largo del tiempo. Dicho curso de la calidad de vida se ve influenciado por la personalidad y el apoyo social, principalmente en mujeres mayores de 65 años, mientras que el tratamiento recibido influye principalmente en la función física y cognitiva (Durá-Ferrandis et al., 2017).

Así mismo, una pobre calidad de vida se ha asociado a tener otras comorbilidades médicas, disfunción sexual o tratamiento activo para cáncer mientras que una mejor calidad de vida está asociada con mayor apoyo social y emocional (Howard-Anderson et al., 2012).

Debido a estos hallazgos opuestos de la literatura de investigación, resulta más importante indagar la percepción de calidad de vida en la población superviviente de cáncer de mama mexicana ya que además de no existir reportes específicos en la literatura sobre este constructo para dicha población, los estudios que reportan una alta calidad de vida en pacientes y supervivientes de cáncer de mama son realizados en países desarrollados en donde es posible que por ejemplo, las cirugías conservadoras de la mama sean más frecuentes y que la percepción de la imagen corporal sea más fuerte en comparación con el panorama de los países en vías de desarrollo donde las cirugías radicales suelen ser el tratamiento quirúrgico predominante, junto con tratamientos adyuvantes más largos y agresivos debido a las etapas avanzadas del diagnóstico.

Por ejemplo, Kobayashi et al., (2008) describen que factores socioeconómicos tienen un gran impacto en la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama. Todo esto da pie a una hipótesis en la que existirán diferencias en la percepción de calidad de vida de las mujeres debido al contexto social, cultural y económico al que pertenecen.

Intervenciones psicológicas

En la quinta cumbre mundial de la Iniciativa Global sobre Salud de los Senos (2013) (BHGI, por sus siglas en inglés), un grupo de expertos identificaron 9 aspectos básicos que deben incluir las intervenciones con el fin de brindar atención y apoyo integral en el periodo de supervivencia del cáncer de mama que son: educación profesional en salud, educación del paciente y familiar, conciencia comunitaria, aspectos psicosociales, atención de complicaciones a largo plazo relacionadas con el tratamiento, salud de la mujer, modificación de estilos de vida, monitoreo y documentación e incluir educación específica en:

- El reconocimiento de la recurrencia de la enfermedad,
- Manejo de los síntomas secundarios y de las consecuencias psicosociales,
- Mantenimiento de estilos de vida saludables,
- Adecuada evaluación y manejo de distrés psicológico y complicaciones físicas de largo plazo como fatiga, linfedema, insomnio o dolor (Ganz et al., 2013)

Las intervenciones estudiadas y recomendadas durante esta cumbre incluyen programas educativos, programas conductuales, solución de problemas, activación conductual, mindfulness y terapias de soporte y expresión, considerando apoyo farmacológico adyuvante en casos necesarios.

Diversas intervenciones psicológicas para atender las afectaciones reportadas por el grupo de supervivientes de cáncer de mama han sido evaluadas en los estudios revisados, entre las que destaca el abordaje cognitivo conductual, incluso en línea (Hummel et al. 2015; Lechner et al., 2014; Post y Flanagan, 2016; Wei et al., 2016). Por ejemplo, Chan et al., (2017) reportaron una

reducción significativa a lo largo del tiempo en síntomas de distrés físico (-2.1 ± 7.4 vs -8.2 ± 9.4 ; $p < .01$) y fatiga (-6.5 ± 17.5 vs 3.5 ± 23 ; $p = .04$, tamaño del efecto de Cohen $d = 0.49$) en el grupo de intervención cognitivo conductual en comparación con el grupo control o Juárez et al., (2013) los cuales realizaron una intervención adaptada específicamente para población latina (bilingüe) observándose un incremento en los cuatro dominios de calidad de vida y mejorando significativamente entre los 3 y 6 meses posteriores ($p = 0.052$).

Para la fatiga se han demostrado reducciones significativas con terapia cognitivo conductual ($d = 1.0$) repercutiendo directamente también en la elevación de los niveles de calidad de vida (11.7; 95% CI, 5.8-17.7) (Abraham et al., 2017), incluso estas intervenciones parecen ser efectivas siendo impartidas vía internet (Abrahams & Atema et al., 2016).

De forma general, algunas estrategias específicas reportadas como efectivas son la relajación, el alto al pensamiento, imaginación guiada, relajación muscular progresiva, biofeedback, educación para la salud y soporte espiritual, particularmente para mejorar ansiedad ($p < .05$, $p < .01$, $p < .01$ y $p = .01$), depresión ($p < .05$ y $p < .01$), enojo ($p = .04$ y $p = .05$) y síntomas somáticos ($p < .05$) (Kokavec, 2016) y estrategias de psico-educación, normalización y auto-regulación como bases para tratar miedo a la recurrencia (van Helmond, van der Lee y de Vries, 2016).

Otras intervenciones que destacan en la revisión de la literatura para abordar las afectaciones de dicha población son las basadas en Atención Plena o Mindfulness (Huang et al., 2016), por ejemplo, Bower et al. (2015) demostraron eficacia en la reducción de estrés percibido ($p = .004$), reducciones marginales en síntomas depresivos ($p = .094$), reducción en fatiga, problemas de sueño, síntomas vaso-motores así como un incremento en percepción de afecto positivo y paz ($p < .05$),

Lengacher, et al. (2016) quienes mostraron que las supervivientes de cáncer de mama de su estudio mejoraron en síntomas de ansiedad, miedo a la recurrencia y fatiga grave ($p < .01$) con los tamaños del efecto más significativos para miedo a la recurrencia y fatiga ($d = 0.35$).

Por último, Lengacher et al. (2014) reportaron cambios en miedo a la recurrencia, en estrés percibido ($z = 2.12$, $p = 0.03$) y ansiedad (estado) ($z = 2.03$, $p = 0.04$); cambios en funcionamiento físico mediado por el estrés percibido ($z = 2.27$, $p = 0.02$) y en ansiedad (rasgo) ($z = 1.98$, $p = 0.05$) posterior a su intervención de 6 semanas de Mindfulness para la reducción del estrés (MBSR).

Otra alternativa de intervención son aquellas basadas en actividad física y estilos de vida saludables, por ejemplo, Rogers et al., (2017) que demostraron efectos sobre la fatiga ($M = -0.6$; 95% IC = -1.0 a -0.2 ; tamaño del efecto $d = -0.32$; $p = .004$) a 3 y 6 meses ($M = -0.46$; $d = -0.26$; $p = .038$), en sintomatología depresiva a 3 meses ($M = -1.3$; IC = -2.0 a -0.6 ; $d = -0.38$; $p < .001$), ($M = -0.71$; 95% CI = -1.39 a -0.02 ; $d = -0.21$; $p = .042$) a 6 meses y en ansiedad igualmente a 3 y 6 meses ($M = -1.3$; IC = -2.0 a -0.5 ; $d = -0.33$; $p < .001$ y $M = -0.75$; IC = -1.49 a -0.02 ; $d = -0.21$; $p < .042$).

Mientras que Post y Flanagan (2016) mencionan en su revisión que dichas intervenciones mostraron resultados positivos principalmente el incremento de la actividad física ($p < 0.001$), reducción de medidas antropométricas ($p < .0006$) y mejoría en calidad de vida.

En conclusión, resulta conveniente que los programas de intervención para la población de supervivientes estén enfocados tanto a disminuir los síntomas físicos, emocionales y psicológicos, como a promover habilidades que mejoren la calidad de vida y la salud, tal como lo menciona el Instituto de Medicina (IOM) el cual establece cuatro tópicos básicos para la atención de los

supervivientes: prevención de la recurrencia y aparición de nuevos cánceres, vigilancia para metástasis, intervenciones para las consecuencias del cáncer y una coordinación para el cuidado (Post & Flanagan, 2016).

De igual forma el INCan en su reporte de supervivientes del año 2015, concluye que los problemas de salud relacionados con las secuelas de la enfermedad y con el tratamiento deberán ser afrontados y requerirán de la implementación de planes de asistencia específicos para los supervivientes, pues pronto comenzarán a ser un problema de salud pública y por ello, diferentes instancias internacionales han comenzado ya un trabajo de exploración y atención de este grupo y sus necesidades específicas; sin embargo, aún existe limitada información, principalmente en nuestro país, acerca de estas repercusiones y de las intervenciones para atenderlas.

COVID-19, Cáncer y supervivencia

La pandemia de COVID-19 ha dejado numerosas repercusiones, además de las relacionadas con la enfermedad *per se*, incluyendo la disminución de acceso a atención de salud para otras enfermedades, por un lado, debido a la concentración urgente de todos los servicios de salud para atender el acelerado incremento de casos y por otro, debido a las medidas de confinamiento tomadas para la protección de las personas sanas y disminución del esparcimiento del virus, lo que conlleva un cierre de los servicios de atención a la salud no urgentes y esto a su vez ha provocado demoras en la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia del cáncer lo cual probablemente resultará en un aumento en los diagnósticos de cáncer en etapa tardía y muertes.

Incluso, se ha observado que, a un año y medio del inicio de la pandemia, algunas personas aún continúan retrasando citas o estudios de seguimiento debido al miedo de exposición al virus SARS-CoV-2. Adicionalmente, cambios en el comportamiento adoptados durante la pandemia como la inactividad física, cambios en la alimentación con incremento de peso y mayor consumo de alcohol, pueden tener consecuencias importantes a largo plazo para la salud general y evidentemente en el escenario de cáncer (American Cancer Society, 2021).

Por ejemplo, Estados Unidos estima un incremento de alrededor de 10 000 muertes por cáncer de mama y colorrectal debido al impacto de la pandemia de COVID-19 para el año 2030 (Sharpless, 2020), esto debido a diferentes posibles factores como las suspensión o retraso de consultas médicas tanto para diagnóstico como para tratamiento, las complicaciones asociadas a la enfermedad sumadas a las consecuencias del cáncer e incluso retrasos y/o suspensión en la investigación sobre la enfermedad y sus tratamientos. Considerando todos estos factores que

acontecieron a nivel mundial, se puede vislumbrar un escenario similar en nuestro país, donde el número de fallecimientos a causa del cáncer aumenten significativamente en los próximos años al igual que el número de pacientes diagnosticados, probablemente en etapas más avanzadas y por consiguiente, en mayor riesgo de mortalidad.

Específicamente en el contexto psicosocial, es sumamente importante considerar las repercusiones que ha dejado la pandemia sobre la salud mental de las personas en general, pacientes y sobrevivientes de cáncer. Y para ello, diversos estudios ya muestran información, por ejemplo; se ha observado que los retrasos e interrupciones en la atención médica y el riesgo de infección de COVID-19 han incrementado la vulnerabilidad de los supervivientes de cáncer de mama y el riesgo de desarrollar distres (Papautsky & Hamlish, 2021).

En esta población se ha descrito previamente que existen necesidades particulares relacionadas con la ansiedad, depresión, miedo a la recurrencia así como mayor presión familiar, interpersonal, laboral y financiera, para algunos sobrevivientes la pandemia pudo detonar o incrementar miedos relacionados con experiencias de salud traumáticas, por ejemplo, hospitalizaciones o aislamientos rigurosos debido a neutropenias. El distanciamiento social puede representar también una repercusión en esta población debido a la suspensión de grupos de apoyo así como el distanciamiento de sus familiares y amigos que representaban su red de apoyo (Nekhlyudov et al., 2020).

Mink van der Molen et al., (2021) realizaron un estudio con 1051 supervivientes de cáncer de mama en el que observaron niveles clínicos elevados de ansiedad y depresión durante la pandemia; dichas participantes con ansiedad y/o depresión, reportaron mayores barreras para contactar con

médicos generales (47.5% vs. 25.0%) y sus oncólogos tratantes en comparación con aquellas sin síntomas (47.5% vs. 25.0%); así mismo reportaron que haber presentado síntomas previos de ansiedad (OR 6.1, 95% CI 4.1–9.2) o depresión (OR 6.0, 95% CI 3.5–10.2) se asociaron con los mismos síntomas durante la pandemia.

En situación contraria, los hallazgos de otro estudio realizado en Hong Kong, muestran que un grupo de 260 sobrevivientes de cáncer, reportaron mayor catastrofización relacionada a la COVID-19 (OR=1.09, 95% CIs=1.03,1.16), mayor ansiedad relacionada con la salud (OR=1.21, 95% CIs=1.06, 1.37), mayor uso de evitación (OR=1.35,95% CIs=1.05, 1.72),y menor uso de resolución de problemas (OR=0.86, 95% CIs=0.78, 0.95) como estrategias de afrontamiento, menor percepción de consecuencias negativas al contraer COVID-19 (OR=0.64, 95% CIs=0.47, 0.86), así como menor ansiedad durante la pandemia (OR=0.78, 95% CIs =0.63, 0.98), en comparación con un grupo control sano (Ng et al., 2020).

Bargon et al., (2020) reportan que en 975 sobrevivientes de cáncer de mama, la calidad de vida general, los subdominios de función física y de roles (medidos con la escala EORTC QLQ30/BR23) mejoraron significativamente durante la pandemia , mientras que los dominios de funcionamiento emocional y los puntajes de depresión empeoraron durante el mismo tiempo de 82.6 (18.7) a 77.9 (17.3) $p < .001$ y de 2 (1-5) a 3 (2-6) $p < .001$ respectivamente.

Finalmente, en el caso de México, existen hasta el momento solo reportes en población general en torno a las afectaciones psicológicas derivdas de la pandemia, por ejemplo Valdez et al., (2020) observaron que los estudiantes mostraron mayores niveles de ansiedad y ser adulto joven, mujer, con ingresos económicos bajos y residente de la Ciudad de México, resultaron factores predictores

de ansiedad ($\beta=.208$, $-.129$ (sexo hombre), $.137$, $.125$ $p<.01$). Mientras que el motivo principal de preocupación ante Covid-19 fue que un miembro de la familia pudiera contagiarse ($n=207$; 39.96%), seguido de la insuficiencia de servicios médicos($n=148$; 28.57 %). Por otro lado, Galindo-Vázquez et al. (2020) reportan que el 20.8% de la población estudiada ($n=1508$) durante los primeros meses de la pandemia, presentó síntomas de ansiedad grave y 27.5%, síntomas de depresión grave. Ser mujer, soltero(a), no tener hijos, presentar comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental estuvieron relacionados con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión más elevados ($p<.001$).

Desafortunadamente no existen aún estudios que describan las afectaciones de la pandemia específicamente en pacientes o sobrevivientes de cáncer, sin embargo, se pueden proyectar algunos escenarios con base en lo reportado en otros países, y en la población general mexicana antes mencionada, intuyendo que los niveles de ansiedad y depresión pudieron también haberse exacerbado en los supervivientes de cáncer, probablemente aún más en las mujeres.

Ante lo antes descrito, a pesar de existir algunas discrepancias entre los efectos psicológicos durante la pandemia de COVID-19; las afectaciones sociales y médicas en su mayoría, parecen unánimes para todos los países y dichas repercusiones psicológicas pueden considerarse incluso como un problema de salud y salud mental pública, por lo que es indispensable investigar a mayor profundidad y considerar a partir de hoy, la pandemia, con todo lo que representa, como un factor importante en el desarrollo o complicación de psicopatologías en todas las poblaciones, principalmente en aquellas en mayor vulnerabilidad como son los pacientes y sobrevivientes de cáncer con el fin de desarrollar programas de atención oportuna y específica a sus necesidades.

Planteamiento de la investigación

Modelo Teórico

De acuerdo con los resultados de la revisión de la literatura descritos hasta ahora se describe un modelo teórico con el objetivo de ponerse a prueba, que pretende explicar el miedo a la recurrencia del cáncer y la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama mexicanas.

Dicho modelo plantea una asociación entre las variables sociodemográficas (edad, estado civil y tiempo de supervivencia), clínicas (etapa clínica de la enfermedad, tipo de tratamiento recibido y número de comorbilidades) con variables psicosociales que funcionan como mediadoras (ansiedad, depresión y fatiga), las cuales se relacionan de forma positiva con el miedo a la recurrencia y de manera negativa con la calidad de vida. Al mismo tiempo, ansiedad correlaciona de forma bidireccional con la depresión y se relacionan directamente con la calidad de vida; mientras que la fatiga se asocia con niveles de depresión y media entre el tipo de tratamiento recibido y la calidad de vida final (ver Figuras 5).

Es importante considerar que conocer los factores que influyen en el desarrollo de las variables desenlace, permitirá identificar con mayor precisión aquellas mujeres que se encuentren en situación de vulnerabilidad para desarrollar miedo a la recurrencia o una baja calidad de vida en la etapa de supervivencia al cáncer de mama y poder en un futuro implementar intervenciones psicológicas específicas a sus necesidades.

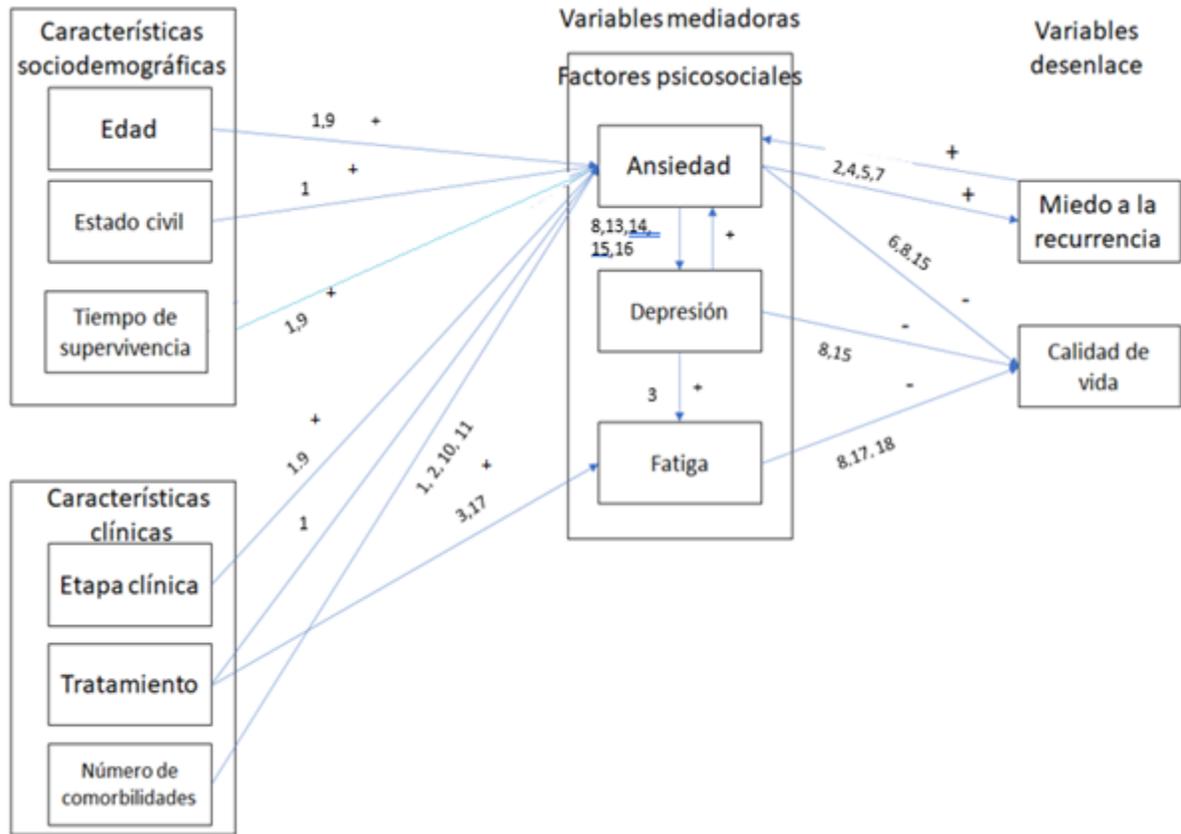


Figura 5: Modelo teórico propuesto sobre el miedo a la recurrencia y calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama mexicanas.

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--|
| 1. Syrowatka et al., 2017) | 2. (Deimling et al., 2017) | 3. (Bower et al., 2000) |
| 4. (Ziner et al., 2012) | 5. (Mehnert et al., 2014) | 6. (Lozano-Lozano et al., 2016) |
| 7. (Koch-Gallenkamp et al., 2016) | 8. (Brandão et al., 2017) | 9. (Champion et al., 2014) |
| 10. (Gegechkori et al., 2017) | 11. (Harris et al., 2017) | 12. (Stanton & Snider, 1993) |
| 13. (Tsaras et al., 2018) | 14. (Boyes et al., 2011) | 15. (Abu-Helalah et al., 2014) |
| 16. (Maass et al., 2015). | 17. (Ganz et al., 2004). | 18. (Instituto de Investigación Beckman, 2004) |

Por ejemplo, se ha observado que aquellas mujeres que recibieron cirugía radical y/o tratamiento de quimioterapia presentan más afectaciones en la funcionalidad general y mayor fatiga, impactando directamente en una baja calidad de vida (Ganz et al., 2004). Y recordando las esferas que abarca dicho constructo, el ámbito físico puede verse afectado por la fatiga o en la esfera

psicológica, una baja C.V. puede relacionarse y/o propiciar ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia (Instituto de Investigación Beckman, 2004).

Entonces, en el caso particular de las supervivientes de cáncer de mama mexicanas, se pretende comprobar si los factores clínicos y sociodemográficos antes mencionados (edad, estado civil soltera, el tiempo de supervivencia etapa clínica avanzada, haber recibido quimioterapia o mayor número de comorbilidades) impactan en el miedo a la recurrencia y su calidad de vida, así mismo determinar si las variables mediadoras ansiedad, depresión y fatiga cumplen una función como variables mediadoras.

Justificación

Las mujeres sobreviven cada vez más al cáncer de mama, sin embargo, hasta el 90% experimentan secuelas inesperadas a largo plazo como resultado de los tratamientos. Los síntomas incluyen cambios físicos, funcionales, emocionales y psicosociales que pueden alterar drásticamente la calidad de vida de las sobrevivientes (Lovelace et al., 2019). Entre los síntomas físicos se incluyen cambios anatómicos, dolor crónico, dolor de miembro fantasma (mama) y linfedema. Además, suelen experimentar menor fuerza, capacidad aeróbica, movilidad, fatiga y disfunción cognitiva, situaciones que afectan sus actividades cotidianas e incluso el reintegro a actividades laborales. Desde el ámbito psicológico, destacan el miedo a la recurrencia (hasta 97%), fatiga (90%), depresión (60%) y ansiedad (56%), afectaciones en la imagen corporal y problemas en la sexualidad. Todos estos síntomas físicos y psicológicos han sido documentadas para este grupo de supervivientes hasta 10 años posteriores al término de los tratamientos impactando en su funcionalidad y calidad de vida (Howard-Anderson, et al., 2012; Lovelace et al., 2019).

Aunado a los síntomas descritos, se han observado relaciones entre ellos y algunos factores que parecen predecir la presencia de mayor sintomatología, por ejemplo: mayor miedo a la recurrencia se ha visto asociado a la edad o al haber recibido quimioterapia y se relaciona con una pobre calidad de vida y fatiga (Koch et al., 2013; Vickberg, 2003). De igual forma la ansiedad se ha visto asociada a edades jóvenes, poco tiempo de supervivencia (Champion et al., 2014; Jarrett et al., 2013) mientras que existe mayor riesgo de presentar niveles elevados de depresión en aquellas supervivientes con niveles socioeconómicos bajos, desempleadas y jóvenes Sociedad Americana de Cáncer (2016).

Y como se observa en el modelo teórico planteado la ansiedad ha mostrado ser una variable mediadora entre algunas características clínicas y sociodemográficas y el miedo a la recurrencia, así mismo la ansiedad, depresión y fatiga impactan directamente en la calidad de vida.

Sin embargo, como se observa, todos los datos han sido reportados en poblaciones diferentes a la de nuestro país, desafortunadamente en México no hay a la fecha estudios específicos que muestren las características de las supervivientes de cáncer de mama. El Instituto Nacional de Cancerología reportó en el año 2018 resultados preliminares derivados del Registro Nacional de Supervivientes de cáncer de donde destaca que 95% ha reportado alguna afectación emocional como depresión o ansiedad y el 50% temor a una recaída (Instituto Nacional de Cancerología, 2018). A pesar de ello, la relación entre síntomas o los factores predictores no han sido aún descritos.

Ante lo anterior, resalta la necesidad de realizar, en primera instancia, una evaluación específica de los síntomas hasta ahora reportados, es decir, mediante el uso de instrumentos válidos y confiables para esta población de supervivientes en particular. Y se destaca la necesidad del uso de

herramientas sensibles a la población con propiedades psicométricas particulares pues en la misma literatura internacional ha reportado dicha necesidad con el fin tanto de obtener resultados confiables como de intentar homologar los resultados obtenidos, pues como se ha mencionado antes, el uso de diferentes instrumentos para medir un mismo constructo como depresión o ansiedad ha generado una variabilidad importante en las prevalencias reportadas (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2016; Zainal et al., 2013).

Aunado a esto, otra necesidad que surge en nuestro país es la de adaptar o desarrollar instrumentos de medición para algunas variables que aún no han sido desarrollados para nuestra población, tal es el caso del miedo a la recurrencia del cáncer, constructo que hasta el momento no ha sido evaluado ni se han reportado propiedades psicométricas de escalas usadas a nivel internacional para medirlo como las propuestas por Simard & Savard (2009), Herschbach et al. (2005) o Vickberg (2003).

Entonces, las necesidades identificadas que sustentan el desarrollo del presente protocolo se resumen en: identificar las afectaciones psicosociales que presentan las supervivientes de cáncer de mama mexicanas, considerando el contexto internacional ya reportado, evaluar los síntomas presentados mediante el uso de instrumentos válidos y confiables para dicha población y analizar las relaciones entre dichos síntomas con la finalidad de identificar posibles predictores mediante la prueba de un modelo teórico.

Esto permitirá en un futuro diseñar intervenciones específicas que incidan en las necesidades particulares de esta población, ampliando la evidencia en nuestro país como se ha hecho ya en otras partes del mundo. Por ejemplo, las guías de práctica clínica y diversos estudios han enfatizado la

importancia de desarrollar programas de atención psicológicos específicos, basados en evidencia, que resulten sustentables y efectivos para ayudar a las mujeres en esta transición del tratamiento hacia una supervivencia sana mediante una adecuada rehabilitación y mejora en su funcionalidad y calidad de vida (Ahmed, et al., 2016; Campbell et al., 2012).

Pregunta de Investigación

¿Qué factores sociodemográficos, clínicos y/o psicosociales se asocian al miedo a la recurrencia y calidad de vida de un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas?

Objetivo General. Identificar los factores sociodemográficos, clínicos y/o psicosociales que se asocian al miedo a la recurrencia y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama mexicanas.

Escenario. Clínica de tumores mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Dos Consultorios para atención clínica psicológica de dicha unidad

Método. Para dicho objetivo, el estudio se llevará a cabo en dos fases. La primera de ellas tiene como objetivo principal determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Preocupaciones acerca de la Recurrencia del Cáncer (CARS) y como objetivo secundario verificar las propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS en supervivientes de cáncer de mama mexicanas. En la segunda fase se pretende identificar factores asociados al miedo a la recurrencia y calidad de vida, así como la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y fatiga sobre dichas variables.

Fase 1. Validación de escalas psicométricas

Validación del Cuestionario de preocupaciones acerca de la recurrencia del cáncer (CARS).

Introducción

El miedo a la recurrencia del cáncer (MRC) respresenta una de las principales afectaciones de los supervivientes de cáncer, siendo las supervivientes de cáncer de mama el grupo que al apreer muestra niveles mas elevados de dicho miedo (Koch-Gallenkamp et al.,2016). Las prevalencias de dicha afectación van desde un 42% hasta en 95%, desde 5 y hasta 12 años después del diagnóstico (Howard-Anderson et al., 2012; Koch-Gallenkamp et al., 2016; NCCN, 2017; Thewes et al., 2012a). Dentro de estas prevalencias se han reportado entre 22% y 87% con niveles moderados a elevados niveles de miedo. (Simard et al., 2013; Thewes et al., 2012a). Thewes et al. (2012b) han reportado que en mujeres jóvenes de al menos un año de supervivencia al cáncer y en etapas tempranas(0-II), el 70% presentan niveles clínicos de miedo a la recurrencia.

En población latinoamericana y mexicana existen pocos reportes acerca de este constructo, Burgos (2020) observaron niveles moderados de miedo a la recurrencia en supervivientes de cáncer de mama venezolana, con 36% en niveles elevados, observaron también que el miedo y el distrés psicológico correlacionan entre sí de forma positiva y significativa, impactando ambos en la calidad de vida. Para evaluar el miedo, adaptaron la escala de preocupaciones relacionadas con el cáncer diseñada por (Deimling et al., 2017) la cual evalúa el miedo a la recurrencia mediante 4 preguntas

Por otra parte, Caycho-Rodríguez et al (2018), evaluaron las preocupaciones acerca de la posibilidad de desarrollar cáncer, esto en personas sanas de Perú mediante la escala de preocupaciones del cáncer (CWS, por sus siglas en inglés) la cual consta de 6 ítems destinados a

medir las preocupaciones sobre desarrollar cáncer y el impacto de estas preocupaciones en el funcionamiento cotidiano de las personas en riesgo de cáncer hereditario.

Sin embargo, de estas dos últimas investigaciones resaltan dos puntos: el hecho de que las escalas no se diseñaron específicamente para supervivientes de cáncer de mama, sino para supervivientes de cáncer en general o incluso para población general como es el caso de la CWS, y por ello como segundo aspecto resalta la necesidad e importancia de utilizar instrumentos específicos, con adecuadas propiedades psicométricas para la población que será estudiada.

Justificación.

Entonces, como se ha vislumbrado, existen varios instrumentos que evalúan el miedo a la recurrencia del cáncer; por ejemplo, Thewes et al.(2012), identificaron siete escalas de ítem único y 20 instrumentos de auto reporte, de éstos, seis eran sub-escalas de instrumentos más amplios que evaluaban calidad de vida, diez escalas breves (2 a 10 ítems) donde el miedo a la recurrencia se evaluó como resultado secundario y solamente se identificaron cuatro escalas de más de 10 ítems que evaluaban miedo a la recurrencia como objetivo principal entre las que destacan el Inventario de Miedo a la Recurrencia (FCRI, por sus siglas en inglés) de Simard y Savard (2009) y la Escala de Preocupaciones acerca del cáncer (CARS, por sus siglas en inglés) de Vickberg (2003) diseñadas específicamente para población con cáncer y cáncer de mama reportando adecuada validez externa, consistencia y validez interna (Tabla 6).Simard et al. (2013) reportan en su revisión sistemática que, de los 130 estudios evaluados, 33 utilizan alguna de éstas cuatro escalas largas, nueve particularmente usan la escala CARS.

Al respecto, Simonelli et al., (2017) destacan 3 puntos en su revisión, primero, que la mayoría de los cuestionarios utilizados para medir miedo a la recurrencia cuentan con limitados reportes de sus características psicométricas, segundo la falta de homogeneidad en los puntos de corte utilizados en la práctica clínica como en la inconsistencia en la propia conceptualización del término, como concepto unidimensional o multidimensional y por último, la poca atención que se ha dado a la validación cultural de las escalas para medir MRC.

Si bien, hoy en día el inventario FCRI de Simard y Savard (2009) es sumamente reportado en la literatura y se ha sido traducido y validado en diferentes poblaciones como Estados Unidos, Francia, Países bajos, Dinamarca, Corea, China, Persia o Turquía (Smith et al., 2020), dicha escala no ha sido probada en población mexicana ni es exclusiva de cáncer de mama; mientras que la escala CARS ha sido diseñada exclusivamente para supervivientes de cáncer de mama, por lo que los mismos autores Simard y Savard (2009) concluyen que éste es uno de los instrumentos más utilizados y con adecuadas características psicométricas.

Actualmente, se han publicado dos validaciones de la escala CARS; una para población japonesa y otra para Holanda: en la validación de Japón, se evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento en 375 supervivientes de cáncer de mama mayores de 20 años que hubieran sido sometidas a mastectomía parcial o total al menos un año antes y a tratamientos de quimioterapia (55%), radioterapia (40%) u hormonoterapia (64%). Se identificaron cuatro factores, igual que en la versión original: preocupaciones por la salud, la muerte, la femineidad, por los roles y de autovalor, mismas que explicaron el 59.2% de la varianza total, los coeficientes de correlación obtenidos entre el CARS y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) fueron de .39 a

.60 y se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach para los factores de .86 a .94 mostrando que la escala es una herramienta válida y confiable para evaluar el miedo a la recurrencia en esta población.

Por otra parte, la versión Holandesa reporta un $\alpha=.94$ general, $\alpha=.94$ para preocupaciones por la salud, $\alpha=.90$ en preocupaciones por la femineidad, $\alpha=.88$ en preocupaciones por los roles y $\alpha=.90$ para preocupaciones por la muerte; mostró adecuada estabilidad test re-test y validez de constructo evaluada también con la escala HADS obteniendo correlaciones significativas con nivel de significancia $p=.01$ en una muestra de 136 supervivientes de cáncer de mama con media de edad de 59 años y que habían concluido tratamiento 6 meses o menos antes de la evaluación. Cabe destacar que el 56% de las mujeres manifestaron niveles moderados o altos de miedo a la recurrencia global siendo las áreas con mayor prevalencia las preocupaciones por la salud (63%) y por la muerte (61%).

Con base en la evidencia previamente detallada, se resalta lo trascendental del constructo y la importancia de utilizar instrumentos psicológicos adecuados, válidos y confiables para mediarlo en la población de estudio. A falta de instrumentos válidos en población mexicana, se ha decidido utilizar la Escala de preocupaciones acerca del cáncer (CARS) desarrollado por Vickberg, (2003) (Anexo 3). Para en primera instancia probar sus propiedades psicométricas en nuestra población y poder así, evaluar de forma precisa, el miedo a la recurrencia en supervivientes de cáncer de mama.

Tabla 6.

Escalas para medir miedo a la recurrencia reportadas en la literatura

Escala/Autor	Factores	Ítems	Población	Muestras de Validación	Propiedades psicométricas
<p>Escala de Preocupaciones acerca del cáncer (CARS)</p> <p>Vickberg (2003)</p>	<p>4</p> <p>Preocupaciones por la salud, femineidad, por los roles, por la muerte.</p>	<p>30</p>	<p>Supervivientes CaMa</p>	<p>169 supervivientes CaMa 1 a 7 años post diagnóstico.</p> <p>Alemania 136 supervivientes CaMa</p> <p>Japón 375 pacientes</p>	<p>Consistencia interna general $\alpha=.87$</p> <p>Por subescalas: $\alpha=.89$ a .94</p> <p>$\alpha=.94$ por subescalas $\alpha=.88-.94$ $r=0.62$ $p=0.01$ HADS $r=0.78$ test-re-test</p> <p>$\alpha=.85-.94$ $r=.37-.62$ HADS 4 dominios 59% varianza</p>
<p>Cuestionario de miedo a la recurrencia (FRQ)</p> <p>Northouse (1981)</p>	<p>6</p> <p>Preocupación por la salud, Incertidumbre Disparadores, Preocupación por los otros, Impacto del futuro, Actitudes hacia el futuro</p>	<p>22</p> <p>Versión corta de 6 ítems</p>	<p>CaMa Ca general</p>	<p>30 pacientes con mastectomía</p> <p>227 CaMa</p> <p>66 CaMa <30 años.</p> <p>70 en etapas tempranas de CaMa.</p> <p>123 supervivientes</p> <p>123 cuidadores</p>	<p>Consistencia interna $\alpha=.92$ en pacientes</p> <p>en cuidadores: $\alpha=.91$</p>
<p>Cuestionario de miedo a la progresión</p> <p>Herschbach et al. (2005)</p>	<p>5</p> <p>Reacciones de afecto Familia/pareja, Ocupación, Pérdida de autonomía, Afrontamiento de la ansiedad</p>	<p>43</p> <p>Versión corta de 12</p>	<p>Px con enfermedades crónicas (DM, Ca, enfermedades reumáticas)</p>	<p>152 px con Cáncer en tx</p> <p>150 con DM</p> <p>137 con enfermedad reumática</p>	<p>Consistencia interna: $\alpha=.95$</p> <p>Versión corta: $\alpha=.87$ test re-test: $r=.94$</p>
<p>Inventario de miedo a la recurrencia de cáncer (FCRI)</p> <p>Simard y Savard (2009)</p>	<p>7</p> <p>Disparadores, gravedad, distrés, estrategias de afrontamiento, discapacidad funcional, insight, seguridad</p>	<p>42</p> <p>Versión corta de 9</p>	<p>Cánceres mixtos</p>	<p>599 supervivientes de Ca franco- canadienses</p>	<p>Consistencia interna: $\alpha=.95$ Test re-test: $r=.89$</p>

Nota: Ca= Cáncer, CaMa= Cáncer de mama, DM= diabetes mellitus, px= pacientes, tx= tratamiento

Preguntas de Investigación. ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Preocupaciones Acerca de la Recurrencia del Cáncer (CARS) en un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas?

Objetivo general. Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Preocupaciones acerca del cáncer en un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas.

Objetivos Específicos:

- Determinar la estructura factorial mediante análisis confirmatorio
- Determinar la confiabilidad del instrumento por consistencia interna
- Determinar la validez convergente con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Anexo 4).
- Determinar la varianza explicada

Hipótesis

H1. La estructura factorial de la escala será semejante a la estructura original, con adecuadas propiedades psicométricas.

H2. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach obtenido será de $\alpha=0.7$ o mayor.

H3. Se espera una correlación significativa y positiva entre las escalas CARS y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria versión para población oncológica (HADS Anexo 4), mismo que fue autorizado para su utilización en el presente protocolo por el autor de dicha versión.

H4. La varianza explicada será de al menos 40%.

Diseño. Estudio instrumental (Montero & León, 2002).

Tabla 7

Definición de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Tiempo de Supervivencia	Etapa de supervivencia extendida; periodo desde que la paciente con cáncer de mama se considera entra en remisión, ha terminado la parte básica y rigurosa del tratamiento e inicia una etapa de vigilancia con revisiones periódicas o terapia intermitente (Mullan, 1985).	Indicación en la nota médica del expediente del INCan de haber concluido tratamiento oncológico e iniciado etapa de vigilancia (pudiendo estar recibiendo terapia hormonal).
Miedo a la recurrencia	Miedo a que la enfermedad (cáncer) regrese o progrese en el mismo órgano o en alguna otra parte del cuerpo (Vickberg, 2003).	Puntaje de miedo a la recurrencia obtenido en la escala de preocupaciones acerca del cáncer (Concerns About Recurrence Scale, CARS)
Sintomatología ansiosa	Anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimientos de inquietud o síntomas somáticos de tensión (American Psychiatric Association, 1994)	Nivel de sintomatología ansiosa leve, moderado o grave de acuerdo con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
Sintomatología depresiva	Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación, acompañada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).	Nivel de sintomatología depresiva leve, moderado o grave de acuerdo con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Participantes

- 2 jueces expertos, con certificación en idioma inglés y procesos de traducción
- 1 juez experto, bilingüe con formación profesional en psicología.
- 15 jueces expertos con grado mínimo de licenciatura concluida, experiencia en el área de la salud, experiencia en el área hospitalaria y de la oncología.

- 30 supervivientes de cáncer de mama, pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) (para fase de piloteo)
- 200 supervivientes de cáncer de mama de acuerdo a los criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 años en adelante, pacientes del (INCan)
- Haber tenido un diagnóstico confirmado de cáncer de mama (etapas 0-III)
- Haber iniciado etapa de vigilancia (de acuerdo a la definición de supervivencia y con base en la indicación médica)
- Haber concluido tratamiento oncológico (podrán estar recibiendo tratamiento hormonal)
- Que acepten participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de recurrencia al momento de la evaluación
- Diagnóstico de otro tipo de cáncer

Criterios de eliminación:

- Deseo de abandonar por parte de la participante durante el llenado del instrumento
- Que no complete los cuestionarios.

Criterios para obtención de la muestra: Basados en Nunnally (1991): 5-10 participantes por reactivo y de Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio (2006): (30 participantes para piloteo). Elegidas por disponibilidad de acuerdo a los criterios de selección antes mencionados

Escenario. Clínica de tumores mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Se invitó a las pacientes que se encontraban en las salas de espera de la clínica de tumores mamarios que acudían a consulta, se explicaron los objetivos y procedimiento de la investigación, en caso de aceptar, se llenaba una breve ficha de identificación para asegurar cumplieran con los criterios de inclusión; en dicho caso, se procedía a firmar el consentimiento informado y se contestaban los cuestionarios.

Instrumentos

- Cédula de Identificación. Diseñada específicamente para el protocolo con el fin de recolectar, por medio de auto-reporte e información del expediente médico, datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil), clínicos (diagnóstico, etapa clínica, tratamiento médico, comorbilidad médica) y psicológicos como antecedentes de problemas de salud mental, de atención de salud mental, así como dos preguntas para indagar posibles síntomas de ansiedad y depresión, con base en lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud mediante la entrevista: World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI): ¿Ha llegado a sentir crisis de miedo o angustia, que podría llegar a tener un paro cardíaco, o que pierde el control sobre sus pensamientos o conducta? y ¿Ha perdido el interés o el placer por realizar las actividades diarias?

- Escala de preocupaciones acerca del cáncer (Concerns About Recurrence Scale, CARS) desarrollado por Vickberg (2003) (Anexo 3). Su versión original en inglés mostró una adecuada consistencia interna con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.87$. Es un instrumento auto-aplicable que evalúa el grado y naturaleza del miedo a la recurrencia del cáncer de mama, por medio de cuatro preguntas evalúa la frecuencia, nivel de malestar, consistencia e intensidad del miedo a la recurrencia y posteriormente, por medio de 26 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 (para nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (mucho) a 4 (extremadamente) explora la naturaleza de dicho miedo. El instrumento se compone de cuatro factores que son preocupaciones sobre la salud, preocupaciones sobre la femineidad, preocupaciones por los roles y preocupaciones acerca de la muerte y todas las subescalas correlacionan significativamente con el índice general de miedo a la recurrencia que arroja el instrumento (muerte $r=.64$, femineidad $r=.53$, rol $r=.50$, salud $r=.64$ $p<.001$).

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M) (Galindo Vázquez et al., 2015a) (Anexo4): Versión validada y adaptada para población oncológica mexicana con coeficiente satisfactorio de Cronbach total de .86 y específicos de .79 para ansiedad y .80 para depresión, con puntos de corte de 5 para cada subescala. Es un cuestionario auto-aplicable de 12 reactivos, 6 para cada subescala, con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert para cada reactivo cuya puntuación oscila del cero a tres, dando un puntaje total mínimo de cero y máximo de 18 para cada subescala; los puntos de corte indican, de cero a cinco, ausencia clínica de ansiedad o depresión, de 6-8 ansiedad/depresión leve, de 9 a 11 ansiedad/depresión moderada y de 12 en adelante ansiedad/depresión grave.

Procedimiento

Traducción-re-traducción. Para la traducción al idioma español del instrumento, se envió éste en su idioma original a dos expertos certificados en materia de traducción de textos, colaboradores en traducciones internacionales además de tener formación profesional en psicología y psicología de la salud, ambos dominantes de ambas lenguas, inglés y español. Se analizaron ambas traducciones creando una versión en español, misma que se envió a un tercer experto de habla española e inglesa para su re-traducción del idioma español a inglés. Se evaluó la semejanza de la redacción con el instrumento original creando una versión preliminar en español que fue sometida a evaluación por jueces para comprobar su validez.

Jueceo. La versión preliminar en español se envió a 15 jueces expertos en las áreas de psicología, psicología de la salud, medicina y enfermería para determinar que la versión en español realizada fuera adecuada y comprensible para la población objetivo. Se evaluaron las instrucciones e ítems con base en los criterios de redacción, pertinencia, validez de contenido, validez aparente, validez teórica y lenguaje apropiado para la población (Anexo 5). Se realizaron las modificaciones necesarias con base en las sugerencias aportadas quedando la versión en español preliminar del instrumento para proceder a la fase de piloteo con la población de interés.

De los 15 documentos enviados, se obtuvo retroalimentación de 11 jueces entre las que destacan la simplificación de la explicación teórica del instrumento, así como de las instrucciones. Se recomendó también cambiar la redacción de la opción de respuesta “moderadamente” por “a veces”. Así mismo, se sugirió modificar la presentación de los reactivos de forma que fuera más

comprensibles a la vista de las participantes, diferenciando y realizando las filas mediante un sombreado tal como se muestra en el formato final (Anexo 3).

Piloteo. Como tercer paso, se llevó a cabo un piloteo con la población objetivo. Se aplicó el instrumento a 30 supervivientes de cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología, con la finalidad de evaluar la factibilidad de su uso y valorar la comprensión del mismo. Se efectuaron algunas modificaciones de redacción con base en las sugerencias obtenidas.

Aplicación del cuestionario final y recolección de datos. Con base en los registros de la consulta brindada para pacientes en seguimiento por cáncer de mama y con apoyo de uno de los médicos adscritos al departamento de tumores mamarios, se identificó a las posibles participantes cada semana invitándolas a colaborar el día que acudían a consulta durante su espera en la clínica de tumores mamarios (Figura 6).

Uno de los colaboradores del protocolo detectaba mediante el sistema INCAnet aquellas pacientes citadas a consulta de seguimiento, por medio de la revisión del expediente electrónico se cercioraba de que cumplieran con los criterios de inclusión para invitarlas a participar en la sala de espera previo a su consulta. Se explicó el objetivo del protocolo y el procedimiento a seguir, en caso de aceptar, se procedía a llenar la ficha de identificación clínica (Anexo 6) con el fin de confirmar los criterios de inclusión.

A aquellas que cumplían con los criterios y aceptaban participar, se otorgaba el consentimiento informado (Anexo 7) para su lectura y firma. Posteriormente, se llenaban los cuestionarios, siempre bajo la supervisión y con el apoyo de alguno de los investigadores involucrados. Al finalizar, se

agradecía la participación y se informaba acerca del servicio de psicooncología invitándolas a programar una cita si lo deseaban y continuaban con su atención médica dentro de la institución.

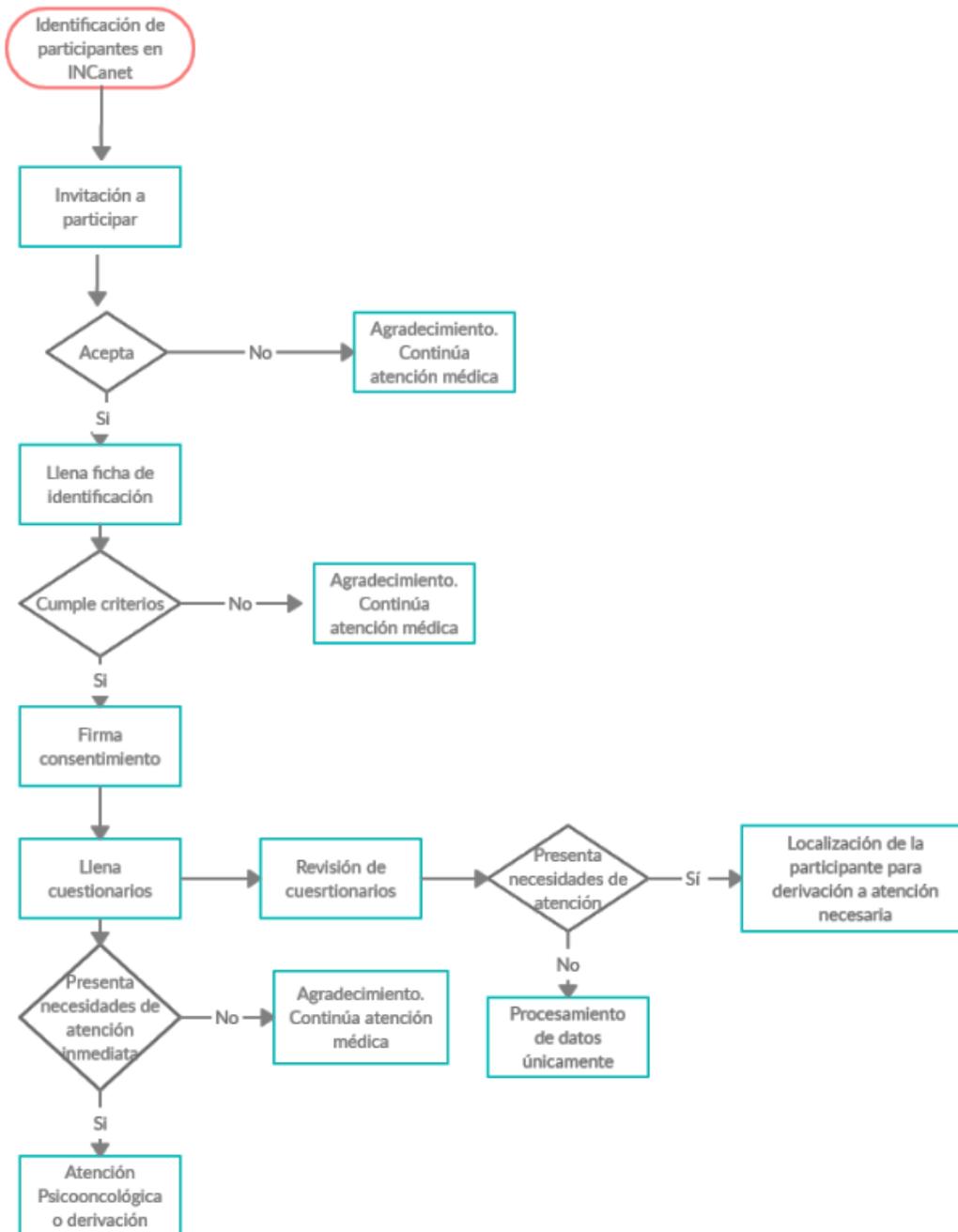


Figura 6: Diagrama de flujo del procedimiento de recolección de datos de la Fase 1.

A las participantes que cumplían con dichos criterios y aceptaran participar en el estudio se otorgaba el consentimiento informado pertinente (Anexo 7) dándoles el tiempo y apoyo necesario para su lectura y comprensión. En caso de estar de acuerdo se procedía a firmar y posteriormente llenar los cuestionarios, siempre bajo la supervisión y con el apoyo de alguno de los investigadores involucrados. El participante y el investigador conservaban una copia de dicho consentimiento cada uno. Una vez finalizados los cuestionarios, se agradecía la participación y se informaba acerca del servicio de psicooncología invitándolas a acudir para recibir apoyo psicológico si así lo deseaban continuando con su atención médica dentro de la institución.

Aspectos éticos

Dicho protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Cancerología bajo el número de registro (019/067/POI) (CEI/1345/18).

Análisis estadísticos. Se realizó de primera instancia, análisis con medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos. Se realizaron análisis factorial confirmatorio, se midió la consistencia interna utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach y Omega, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$ y se determinó la validez concurrente con la subescala de ansiedad del instrumento HADS-M mediante la prueba de correlación de Pearson.

Resultados

Análisis descriptivos. La muestra quedó conformada por 200 mujeres con una media de edad de 52 años y un rango de 29 a 81, la mayor parte de ellas (72%) sin pareja, practicantes de la religión católica (72.5%), con nivel socioeconómico bajo (71.4%) y dedicadas al hogar (65%). Casi la mitad de ellas con un nivel educativo básico (47.5%), considerando la media educativa nacional de 9.1 años de estudio, destaca que el 24% de la muestra cuenta con estudios de licenciatura o de posgrado y un 22% con educación media-superior concluida (Tabla 8).

Dentro de las variables clínicas, descritas en la Tabla 9 se observa que el tiempo de supervivencia promedio fue de 52 meses (4.3 años) con un mínimo de 1 semana y máximo de 22 años, el 64.5% tenía algún familiar con diagnóstico de cáncer (rango=1-9) y 34% alguna comorbilidad, dentro de las cuales, las más frecuentes fueron las cardiovasculares y metabólicas (31%). De acuerdo a los criterios del Instituto Nacional de Cáncer (NCI), se puede determinar que el 88% de las participantes fueron diagnosticadas en una etapa temprana o localmente avanzada de la enfermedad (0-IIIa), siendo el estadio II el más frecuente (48%).

La cirugía mayormente realizada fue la mastectomía ya sea radical o simple (66.5%) en tanto que 30% se sometió a una cirugía conservadora y solamente 3.5% tuvo una ampliación de márgenes. En cuanto a los tratamientos adicionales a la cirugía, ya sea neoadyuvantes o adyuvantes, el 41% de las supervivientes recibieron un esquema de combinación de 2 tratamientos (quimioterapia-radioterapia, quimioterapia-hormonoterapia o radioterapia-hormonoterapia) y solamente para un 3% la cirugía fue el único tratamiento indicado. La mayoría (74.5%) no fue sometida a proceso de reconstrucción estética de la mama ni atravesó por alguna recurrencia previa de la enfermedad

(94%). Finalmente, el 24% de las mujeres (n=48) fue candidata a realizarse estudios genéticos de las cuales el 10.5% resulto positiva a alguna mutación siendo la alteración en BRCA1 la más frecuente (38%) seguida de BRCA2 con un 28.6%.

Tabla 8

Datos sociodemográficos de las supervivientes de cáncer de mama

Variable		n	%	Variable	n	%	
Edad	Min			Religión	Ninguna	33	16.5
	Max						
	$\bar{x}=53$	29	81				
Edo civil	Con pareja	56	28.0		Católica	145	72.5
	Sin pareja	144	72.0		Otra	22	11.0
Ocupación	Hogar	128	65.0	Nivel	1	57	28.6
	Empleada	32	16.0	Socioeconómico	2	87	43.7
	Negocio propio	23	11.5		3	41	20.6
	Profesionista	17	8.5		4	7	3.5
Escolaridad	Ninguna	5	2.5		5	5	2.5
	Básica	95	47.5		6	2	1.0
	Media	44	22.0				
	Superior	35	17.5				
	Posgrado	13	6.5				
	Otro	8	4.0				

Nota: Nivel socioeconómico de acuerdo al tabulador institucional (orden ascendente)

Tabla 9
Variables clínicas

N=200		n	%			n	%
Tiempo de Supervivencia	\bar{x} = 52.5			Número de comorbilidades	0	132	66.0
	Min= 1semana	Max=264meses			1	46	23.0
Etapa Clínica	0	13	6.5		2	21	10.5
	I	44	22		3	1	.5
	II	96	48	Recurrencia	Sí	12	6.0
	III	47	23.5	Previa	No	188	94.0
Lateralidad	Derecha	99	49.5	Estudio Genético	Sí	21	10.5
	Izquierda	90	45.0		No	152	76.0
	Bilateral	11	5.5		Negativo	24	12.0
Cirugía	MRM	77	38.5		En estudio	3	1.5
	MT/GC	56	28.0	Mutación	BRCA 1	8	38.1
	CC/GC/DRA	60	30.0		BRCA2	6	28.6
	Ampliación de márgenes	7	3.5		VUS	4	19.0
Tratamiento adicional a cirugía	Ninguno	5	3.0		BRCA 1 y 2	1	4.8
	Esquema único	53	27		PALB 2	2	9.5
	Esquema doble	82	41.0	Familiares con Cáncer	Sí	129	64.5
	Esquema triple	59	29.5		No	71	35.5
Reconstrucción	Sí	49	24.5				
	No	151	74.5				
Tiempo de Ht	\bar{x} = 33.5						

Nota: Mutación n=21. MRM= Mastectomía Radical Modificada, MT/GC= Mastectomía con o sin ganglio centinela, CC/GC/DRA=Cirugía Conservadora con o sin ganglio centinela y Disección Radical de Axila, VUS= Variante de significado incierto. Esquema único= Quimio, radio u hormonoterapia, Esquema doble Combinación de 2 tratamientos, Esquema triple= combinación de quimio, radio y hormonoterapia.

Variables psicológicas

En referencia a las variables psicológicas, el 73% de la muestra reporta no tener algún problema de salud mental como antecedente, de aquellas que manifestaron algún problema de salud mental (26.7%) el 10% por igual reportó ansiedad o depresión y 6% ambos. El 90% manifiesta no tomar ningún medicamento psiquiátrico y el 69% nunca ha recibido atención por parte de algún servicio de salud mental (Tabla 10). Se evaluaron las sintomatologías de ansiedad y depresión, observándose que el 26.5% reporta algún nivel de sintomatología ansiosa y un 17.5% de síntomas depresivos ya sean leves, moderados o graves, lo cual coincide con los síntomas de ansiedad y depresión evaluados mediante un ítem único realizado en la entrevista donde el 22% reporta haber sentido crisis de miedo o angustia, que podría llegar a tener un paro cardíaco o que perdía el control sobre sus pensamientos o conducta, mientras que un 21.5% refiere haber perdido el interés o placer por realizar las actividades diarias. La correlación entre el ítem único de sintomatología y la evaluación completa con el HADS fue de $r=.492$ para síntomas de ansiedad y $r=.455$ para síntomas de depresión con nivel de significancia de $p=0.01$.

Tabla 10

Variables psicológicas

Variable		n	%
Antecedentes de problemas de Salud Mental	Si	53	26.7
	No	146	73.3
Antecedentes específicos	Ansiedad	20	10.0
	Depresión	20	10.0
	Ansiedad y Depresión	12	6.0
	Otro	1	.5
Toma medicamento psiquiátrico	Si	20	10.0
	No	180	90.0
Atención de Salud Mental	Ninguno	139	69.5
	Psicología	51	25.5
	Psiquiatría	6	3.0
	Psic y Psiquiatría	4	2.0
¿Ha llegado a sentir crisis de miedo o angustia?	Si	44	22.0
	No	156	78.0
¿Ha perdido el interés o placer por realizar sus actividades?	Si	43	21.5
	No	157	78.5
Síntomatología Ansiosa	Sin Síntomatología	147	73.5
	Leve	33	16.0
	Moderada	12	6.0
	Grave	9	4.5
	$\bar{x}=4.09$		
Síntomatología Depresiva	Sin Síntomatología	165	82.5
	Leve	29	14.5
	Moderada	5	2.5
	Grave	1	.5
	$\bar{x}=2.54$		

Análisis Factorial Confirmatorio. La Tabla 11 y figura 7, muestran la estructura factorial final de la escala; el análisis se realizó mediante el modelo de máxima verosimilitud, conformándose por 14 reactivos con cargas factoriales de 0.63 a 0.94. El modelo resultante obtuvo un valor KMO de .936, Chi-cuadrado= 2144.17 con nivel de significancia de $p=.001$ consta de 4 factores que en conjunto explican el 77% de la varianza, los cuales fueron denominados:

1. *Preocupaciones generales.* Incluye preocupaciones por recibir nuevamente los tratamientos, que la enfermedad sea más grave que el primer diagnóstico o cause dolor y sufrimiento.
2. *Funcionalidad.* Refiriéndose a que una posible recurrencia genere incapacidad para realizar actividades cotidianas y laborales o interfiera con planes futuros.
3. *Autoconcepto.* Afectaciones sobre la sexualidad y la percepción corporal.
4. *Muerte.* Preocupaciones específicas en torno a la posibilidad de morir debido a la enfermedad.

Los principales índices de bondad de ajuste, que se describen en la tabla 3, resultaron adecuados: CMIN/gl=2.00, CFI=0,967, TLI=.957, RMR=0,035, RMSEA=0,071, Coeficiente de determinación CD=.995 (Tabla 12).

Análisis de confiabilidad. El modelo descrito obtuvo un índice de confiabilidad general alfa de Cronbach de $\alpha=0.945$ y por factor de $\alpha=.872$ (Factor 1: Preocupaciones generales), Factor 2 Funcionalidad $\alpha=.911$, F3 Autoconcepto $\alpha=0.783$ y F4 Preocupaciones por la Muerte $\alpha=.868$. La subescala de miedo general obtuvo un índice de confiabilidad $\alpha=.925$ lo que demuestra que esta subescala, así como el instrumento completo CARS-M son confiables para medir el miedo a la recurrencia del cáncer de mama y las preocupaciones específicas derivadas de dicho miedo.

Validez Convergente. Todos los factores correlacionaron positivamente entre sí de moderado a fuerte ($r=0.628 - .847$ $p<0.001$) y con la subescala de miedo general del CARS-M ($r=0.532-.754$ $p<0.001$). En referencia a la validez convergente, la escala CARS-M se asoció positivamente con el puntaje total de la escala HADS ($r=.587$, $p=0,01$) y con la subescala de ansiedad HADS independiente ($r=.625$ $p=0,01$).

Tabla 11
Estructura factorial del CARS-M (coeficientes estandarizados), confiabilidad y varianza explicada

Reactivo (De acuerdo a la numeración original)	Miedo General	F1	F2	F3	F4
P01. ¿Cuánto tiempo pasa pensando en la posibilidad de que el cáncer de mama pueda regresar	.89				
P02. ¿Qué tanto le molesta la posibilidad de que su cáncer de mama pudiera regresar?	.81				
P03. ¿Con qué frecuencia se preocupa por la posibilidad de que el cáncer de mama pueda reaparecer?	.93				
P04. ¿Qué tanto miedo tiene de que el cáncer de mama pueda reaparecer?	.85				
P05. Me afecte emocionalmente		.73			
P09. Requiera quimioterapia		.75			
P11. Me haga sentir que no tengo el control sobre mi vida.		.63			
P16. Sea más grave que el primer diagnóstico		.85			
P20. Me cause dolor y sufrimiento		.82			
P06. Me impida hacer las cosas que planeaba hacer			.77		
P13. Interfiera con mi capacidad física para realizar mis actividades de la vida diaria			.89		
P24. Me impida cumplir con roles importantes (en el trabajo o en casa)			.84		
P29. Me impida cumplir con mis responsabilidades (en mi trabajo o en casa)			.88		
P12. Afecte como me veo a mí misma.				.86	
P18. Afecte mi sexualidad				.61	
P30. Me haga sentir mal por cómo se ve o se siente mi cuerpo				.78	
P14. Ponga en riesgo mi vida					.94
P27. Me cause la muerte					.92
% varianza		31.9	23.0	14.5	8.0
α Total = .945	.925	.872	.911	.783	.868
chi2(69) = 138.51 $p = 0.0001$					

Como se observa en la distribución de los reactivos, 12 preguntas fueron eliminadas, debido a sus bajas cargas factoriales (<.40), a que puntuaban en más de un reactivo, a su baja capacidad de discriminación en las opciones de respuesta y/o su relevancia clínica. Por ejemplo, reactivos como “Me haga sentir menos femenina”, “Afecte mi espiritualidad o mi fe”, “Me haga sentir menos mujer”, “Dañe mi autoconfianza” incluso mostraron baja comprensión por parte de las participantes desde el momento del pilotaje del instrumento.

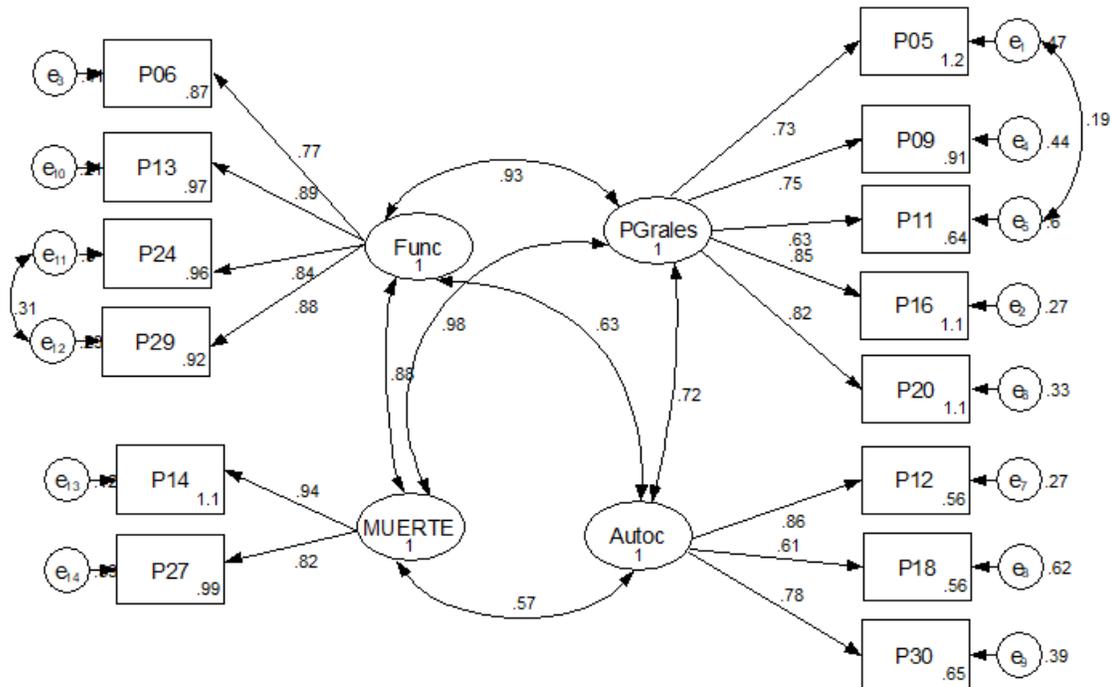


Figura 7. Modelo estructural de 4 factores para supervivientes mexicanas con (N=200). Chi cuadrada=138,51(69gl), CFI=0.967, TLI = 0,957, SRMR=0.035, RMSEA= 0.071(0,053-0.088) CD=.995

Tabla 12

Índices de bondad de ajuste del modelo confirmatorio de la escala CARS-M (n=200).

Estadístico	Criterio deseable	Valores obtenidos	Interpretación
Ajuste absoluto (CMIN/gl)	< 3	2.00	El ajuste absoluto es bueno
Índice de ajuste No Normado (NNFI) o Tucker Lewis Index, (TLI)	TLI ≥ 0,95	TLI = 0,957	Ajustes Adecuado
Índice de bondad de ajuste comparativo (CFI)	CFI ≥ 0,90	CFI = 0,967	Ajuste comparativo adecuado
Raíz del residuo cuadrático medio [(S)RMR]	SRMR < 0,08	RMR = 0,035	Error del modelo cercano a cero, perfecto ajuste del modelo a los datos.
Raíz del residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	RMSEA < 0,08	RMSEA = 0,071	Ajuste adecuado del modelo a los datos

Tabla 13

Validez convergente CARS-M /HADS y correlación entre subescalas

	Total CARS-M	Miedo general	F1	F2	F3	F4	Ansiedad HADS	Depresión HADS
Miedo general	.747*							
F1. Preocupaciones Generales	.960*	.754*						
F2. Funcionalidad	.920*	.643*	.831*					
F3. Autoconcepto	.718*	.532*	.628*	.542*				
F4. Muerte	.885*	.673*	.847*	.769*	.495*			
Ansiedad HADS	.625*	.638*	.609*	.586*	.455*	.514*		
Depresión HADS	.335*	.366*	.311*	.319*	.331*	.214*	.561*	
HADS TOTAL	.587*	.607*	.569*	.550*	.471*	.448*	.877*	.824*

Puntos de Corte. Se establecieron para cada factor mediante cuartiles, considerando aquellos puntajes debajo del cuartil 25 como nulos, debajo del 50 como poco/algo del síntoma, debajo del cuartil 75 moderado y por encima de éste como extremo quedando de la siguiente manera:

Tabla 14

Puntos de corte de la escala CARS para supervivientes de cáncer de mama mexicanas

Factor	Nivel de sintomatología	Nulo	Poca	Moderada	Extrema
Miedo General	Puntaje	4	5-8	9-14	14-24
Preocupaciones		0	1-6	7-10	11-20
Funcionalidad		0	1-4	5-9	10-16
Autoconcepto		0	1	2-3	3-6
Muerte		0	1-2	3-6	7-12

Cabe mencionar que los puntos de subescala de Miedo General (primeros 4 reactivos) no fueron modificados de la versión original debido a que dichos reactivos no sufrieron ningún cambio.

Con base en dichos puntos de corte, se observa que el 31.5% de las participantes reportó poco miedo a que la enfermedad pueda reaparecer y 48% miedo moderado a extremo. En referencia a las preocupaciones específicas, se identificó que el 85.5% refiere alguna preocupación general como el segundo diagnóstico sea más grave que el primer diagnóstico; de éstas, el 22% menciona mucha preocupación y 24.5% una preocupación extrema. En cuanto a la funcionalidad, 31.5% muestra alguna preocupación porque ésta se vea afectada a consecuencia de una recurrencia de la enfermedad, 29.5% mucha preocupación y 24% preocupación extrema, 14.5% refiere alguna preocupación porque una recurrencia del cáncer altere su autoconcepto y 38% una preocupación moderada o extrema, mientras que casi la mitad (48.5%) refiere preocupaciones moderadas a

extremas porque una recurrencia pueda ocasionarle la muerte. Este último factor junto con la funcionalidad representa a las principales preocupaciones de la población estudiada Tabla 15.

Tabla 15

Puntajes obtenidos en la escala CARS por supervivientes de cáncer de mama mexicanas

	Nada		Poco		Moderado		Extremo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Miedo General	43	21.5	63	31.5	48	24.0	46	23.0
Preocupaciones generales	29	14.5	78	39.0	44	22.0	49	24.5
Funcionalidad	50	25	63	31.5	39	19.5	48	24.0
Autoconcepto	94	47.0	29	14.5	39	19.5	38	19.0
Muerte	55	27.5	48	24.0	59	29.5	38	19.0
Total	200	100	200	100	200	100	200	100

Discusión

Los análisis muestran adecuadas propiedades psicométricas de la escala CARS, sin embargo, a diferencia de la versión original y las dos versiones validadas anteriormente (Japón y Alemania) la escala en población mexicana se compone de solo 14 reactivos. Los factores originales Salud, Roles y femineidad se reestructuraron y renombraron de acuerdo a las características de los ítems.

Al comparar los puntajes de miedo a la recurrencia entre la población mexicana, de Estados Unidos y Alemania, muestran similitud (55.0%, 56.0% y 47.0% respectivamente) con un total 53% reportando niveles nulos o bajos en comparación con 46.0% y 44.0%. Al contrastar los resultados con los índices a nivel mundial, se observa que los puntajes caen dentro del rango reportado: 39.0% hasta 97.0% (NCCN, 2017) y como lo mencionan Simard et al., (2013) o Thewes et al., (2012)

alrededor de 70.0% de las supervivientes de cáncer de mama muestra algún grado de miedo a la recurrencia, 78.0% en el presente estudio.

Cabe resaltar que 21.5% de las participantes presenta nulo miedo a la recurrencia lo cual convendría comparar con otras poblaciones debido a que no presentar algún grado de miedo podría considerarse poco funcional y conllevar una falta de conductas de autocuidado, tal como lo propone el modelo de Creencias en Salud, en el cuál la susceptibilidad percibida es un elemento clave y se ha identificado como el predictor más importante de la conducta preventiva de salud (Jones et al., 2015).

Para explicar estos niveles bajos, podría considerarse que las participantes muestren un posible estilo de afrontamiento evitativo el cual lleva a minimizar la situación pero trae consigo también mayores consecuencias negativas en la salud (Lai et al., 2020) y es que la evitación es uno de los estilos de afrontamiento más reportados por las supervivientes de cáncer de mama con uso de estrategias como la auto distracción, negación, desconexión conductual y cognitiva, pensamiento mágico, religión, uso de alcohol y drogas o autoculpa (De Vries et al., 2014; Lashbrook et al., 2018; Mutsaers et al., 2016). Es posible también que se enfrenten a un fenómeno de desesperanza, emoción también reportada en esta población (Ravindran et al., 2019) o que se presente un fenómeno de deseabilidad social al momento de responder los cuestionarios.

Este último punto es importante a considerarse debido a las condiciones en que se obtuvo la recolección de los datos; como se mencionó en el procedimiento, las participantes se encontraban, en su mayoría en la sala de espera, previa a su consulta médica por lo que es probable que no se sintieran en confianza plena de responder los cuestionarios o incluso lo hicieran de forma algo

apresurada. Entonces, es importante contemplar mejores condiciones y momentos para evaluar temas tan delicados como este en futuras investigaciones.

Se ha reportado también que las supervivientes con alto nivel educativo presentan mayormente estrategias de afrontamiento de minimización de la situación y que el estado marital (soltera) afecta tanto en la capacidad de resiliencia como en el desarrollo de estilos de afrontamiento evitativo, concluyendo que la pareja juega un papel importante en la recuperación de las supervivientes (Lai et al., 2020; Lashbrook et al., 2018; Ravindran et al., 2019). Considerando lo anterior resalta que el 72% de las participantes son solteras y 46% con un nivel educativo por encima de la media poblacional, lo que lleva a considerar más a fondo la hipótesis de que un estilo de afrontamiento evitativo está asociado con bajos niveles de miedo a la recurrencia. Sin embargo, será importante en un futuro, estudiar dicho constructo de manera concurrente con el miedo a la recurrencia y comparar los resultados con otras poblaciones.

Conclusiones

Este estudio constituye un primer acercamiento a la medición del miedo a la recurrencia con un instrumento específico para población mexicana, convirtiendo la escala CARS-M en el primer instrumento válido y confiable para medir dicho constructo en México y Latinoamérica, además de ser un instrumento fácil de utilizar en escenarios clínicos y comprensible para la población.

La validación de la presente escala refleja claramente las diferencias socioculturales entre poblaciones, las cuales son indispensables a considerar en cualquier investigación, pues como se analizó previamente, numerosos reactivos planteados originalmente no resultaron relevante o comprensibles para las mujeres mexicanas.

En relación a las prevalencias de miedo a la recurrencia, también se observan discrepancias a las reportadas en otras poblaciones lo que muestra éstas mismas diferencias.

A pesar de ello, las preocupaciones específicas sí coinciden con el resto de las investigaciones mostrándose mayor inquietud por la posibilidad de perder la vida a consecuencia de una recurrencia, situación que parece una preocupación lógica y común del ser humano, sin embargo algo que resalta en las mujeres mexicanas que no evalúa el instrumento, que no han reportado en otras validaciones pero se pudo indagar en la fase de piloteo mediante auto reporte de las participantes, es la preocupación por el bienestar de sus familiares o personas que dependen de ellas, incluso en relación a la muerte, varias participantes mencionaron que la preocupación por perder la vida radicaba principalmente en la incertidumbre de lo que sucedería con sus familiares o el sufrimiento que generaría en ellos.

Finalmente, es importante considerar la importancia no solo de realizar investigaciones como la presente que permitan obtener instrumentos válidos y confiables para nuestra población sino de difundir los resultados a nivel de salud pública con el objetivo de contar con herramientas asequibles que permitan tanto mejorar el sustento científico de la Psicología dentro del sector salud como evaluar de forma confiable a la población en todos los escenarios clínicos.

Limitaciones y Perspectivas futuras.

Al ser una muestra por conveniencia y limitada a una institución de salud en particular, la validez externa resulta afectada al tener poca capacidad de representatividad para generalizar los resultados. Ante esto, se sugiere ampliar la muestra, aleatorizarla y dirigirse a diferentes centros de atención hospitalaria.

Así mismo, se sugiere estudiar constructos que pueden estar relacionados o explicando la variable miedo a la recurrencia como son la relación de pareja y los estilos de afrontamiento y el uso de una entrevista clínica estructurada para determinar de forma más precisa los niveles clínicos de miedo a la recurrencia tal como lo proponen Mutsaers et al (2016) y Simard y Savard (2015).

Finalmente, es importante resaltar que el uso de la escala CARS, al resultar con adecuadas propiedades psicométricas, permitirá a través de la identificación de los niveles de miedo a la recurrencia del cáncer y sus preocupaciones específicas, diseñar intervenciones psicológicas adecuadas a las necesidades de la población estudiada y evaluar los resultados de dichas intervenciones.

Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en supervivientes de cáncer de mama mexicanas

Introducción

La ansiedad y depresión se han reportado dentro de los problemas psicológicos más prevalentes en esta población (17.9% a 33.3% y 9.4% a 66.1% respectivamente), con síntomas graves entre 3% y 41.7%, sugiriendo un incremento de los síntomas depresivos un año después del diagnóstico y con un decremento a lo largo de los siguientes años (Cheng et al., 2016; Harrington et al., 2010; Howard-Anderson et al., 2012; Huang & Shi, 2016; Maass et al., 2015; NCCN, 2017; Post & Flanagan, 2016; Wei et al., 2016; Zainal et al., 2013). Un estudio reciente muestra diferencias en los niveles de sintomatología depresiva (10.6% vs 4.9%) y ansiosa (18.6% vs 16.3%) entre supervivientes de cáncer de mama y mujeres sanas, particularmente en niveles graves (OR 3.3, 95%CI 1.1-10.3 para depresión) y (OR 2.1, 95%CI, 1.1-4.0 para síntomas de ansiedad) (Maass et al., 2019).

De acuerdo a la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés), las variaciones en los niveles de ansiedad y depresión identificadas en los diferentes estudios, dependen de la escala utilizada para su medición, por lo que resalta la importancia de utilizar instrumentos válidos y confiables específicos para cada población (Runowicz et al., 2016).

En este contexto, una de las escalas más utilizadas es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), el cual es un instrumento autoaplicable conformado por 14 reactivos que permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria. La HADS considera dimensiones cognitivas, afectivas y omite aspectos somáticos y así evita atribuirlos a la enfermedad. Se ha utilizado para fines de atención clínica y

para identificar los efectos de intervenciones psicosociales en poblaciones con enfermedades crónicas y agudas.

La HADS ha sido utilizada en México en el área de Psicooncología para fines clínicos y de investigación en pacientes con cáncer de mama en radioterapia (Ornelas Mejorada, 2013) pacientes mexicanos con diferentes tipos de cáncer (Galindo Vázquez et al., 2015a) y en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo Vázquez et al., 2015b) reportando alfas de Cronbach de entre .85 y .86 y estructuras factoriales similares a la versión original con 11 y 12 reactivos respectivamente.

Justificación

Si bien se ha mostrado que la escala HADS ha sido frecuentemente utilizada en la investigación internacional y nacional, hasta este momento, no se han analizado sus propiedades psicométricas en supervivientes de cáncer ni específicamente de cáncer de mama. Por lo tanto, es desconocido si dicha escala puede ser válida y confiable para determinar los niveles de síntomas de ansiedad y depresión en esa población o si los puntos de corte previamente establecidos resultan adecuados. De igual forma, en las diferentes validaciones en México no se ha reportado el análisis factorial confirmatorio de dicha escala.

Y es que es importante considerar a las supervivientes de cáncer como una población diferente a las pacientes en tratamiento activo puesto que presentan necesidades, afectaciones y características tanto físicas como psicosociales diferentes, por ejemplo, a pesar de que las prevalencias de ansiedad y depresión suelen ser un poco más bajas en supervivientes de cáncer (13-56% y 17-48% respectivamente) (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2016) en comparación con las

pacientes en tratamiento activo (41.9-84% y 25%-32% respectivamente), (Villar et al., 2017; Wang et al., 2020) la raíz y relación de dichos síntomas es distinta, las pacientes en tratamiento activo suelen verse más afectadas por los síntomas agudos de los tratamientos como náuseas, fatiga o dolor lo que se asocia a un mayor deterioro en la calidad de vida global, a síntomas de depresión y ansiedad (Salibasic & Delibegovic, 2018). Por el contrario, en la fase de supervivencia, la presencia de sintomatología ansiosa suele relacionarse más con el miedo a la recurrencia de la enfermedad (Maheu et al., 2021), mientras que los síntomas de depresión se relacionan más con las limitaciones físicas de largo plazo (Fiszer et al., 2014).

Considerando la relevancia de los síntomas, la variabilidad de prevalencias reportadas y las limitaciones de las escalas para medirlos en esta población, se planteó como objetivo determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) específicamente en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas.

Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una muestra de supervivientes de cáncer de mama mexicanas?

Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una muestra de supervivientes de cáncer de mama mexicanas

Objetivos Específicos:

- Determinar la estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio
- Determinar la confiabilidad del instrumento por consistencia interna
- Determinar la varianza explicada

Hipótesis

H1. La estructura factorial de la escala será semejante a la estructura original, con adecuadas propiedades psicométricas.

H2. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach obtenido será de $\alpha=0.7$ o mayor.

H3. La varianza explicada será de al menos 40%.

Diseño. Estudio instrumental (Montero & León, 2002).

Tabla 16

Definición de las Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología ansiosa	Anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimientos de inquietud o síntomas somáticos de tensión (American Psychiatric Association, 1994)	Nivel de sintomatología ansiosa: leve, moderado o grave de acuerdo con la Escala HADS.
Sintomatología depresiva	Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación, acompañada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).	Nivel de sintomatología depresiva: leve, moderado o grave de acuerdo con la Escala HADS.

Participantes. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 188 participantes de acuerdo a los criterios de Nunnally (1991). Elegidas por conveniencia de acuerdo a los criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 años o mayores
- Haber tenido un diagnóstico confirmado de cáncer de mama (etapas 0-III)
- Haber concluido tratamiento oncológico (podrían estar recibiendo tratamiento hormonal)
- Haber iniciado etapa de vigilancia (de acuerdo a la definición de supervivencia y con base en la indicación médica)
- Que acepten participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de recurrencia durante la evaluación.
- Diagnóstico actual de otro tipo de cáncer.

Criterios de eliminación

- Deseo de abandonar por parte de la participante durante el llenado del instrumento
- Cuestionarios incompletos.

Escenario. Clínica de tumores mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Instrumentos

- Cédula de Identificación. Diseñada *ex professo* para recolectar datos sociodemográficos como edad, sexo, nivel de estudios y estado civil, datos clínicos (diagnóstico, etapa clínica, tratamiento médico, comorbilidad médica) y datos psicológicos como antecedentes de problemas de salud mental, de atención de salud mental, de síntomas de ansiedad mediante la pregunta ¿Ha llegado a sentir crisis de miedo o angustia, que podría llegar a tener un paro cardiaco, o que pierde el

control sobre sus pensamientos o conducta? Y de síntomas de depresión mediante la pregunta ¿Ha perdido el interés o el placer por realizar las actividades diarias? Éstas últimas con base en la entrevista: World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI)

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M). Versión validada y adaptada para población oncológica mexicana la cual cuenta con un coeficiente satisfactorio alfa de Cronbach total de .86 y específicos de .79 para ansiedad y .80 (Galindo Vázquez et al., 2015a).

Procedimiento. Se identificó a las pacientes candidatas a participar mediante el sistema electrónico de la institución “*incanet*” el día de su consulta de seguimiento médico dentro de la institución, se localizaba a las participantes potenciales para invitarlas a colaborar en la investigación. Una vez explicado el mismo, se les apoyaba a contestar la ficha de identificación clínica para corroborar los criterios de inclusión; en caso de cubrirlos, se entregaba y explicaba el consentimiento informado para su firma y proceder al llenado del cuestionario. En caso de no cubrir los criterios de inclusión o no desear participar, se agradecía y la paciente continuaba su proceso de atención dentro de la institución.

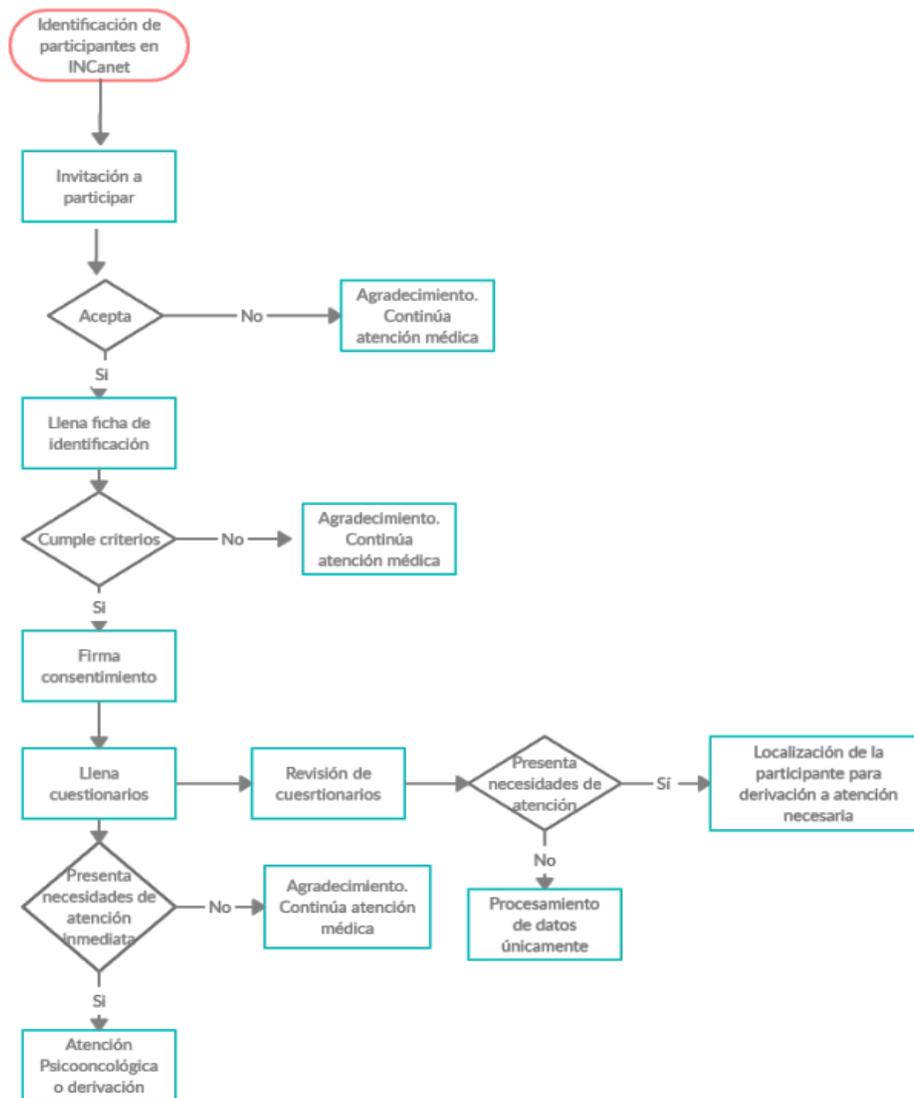


Figura 8. Diagrama de flujo del procedimiento de recolección de datos para la validación de la escala HADS

A cada una de las mujeres contactadas se les brindaba una breve información del servicio de psicooncología, invitándolas a concertar una cita en caso de que así lo desearan.

Aspectos éticos.

Dicho protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Cancerología bajo el número de registro (019/067/POI) (CEI/1345/18).

Análisis estadísticos

Se realizó de primera instancia, análisis con medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos. Se realizó un análisis factorial confirmatorio, se midió la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados:

Participaron 188 supervivientes de cáncer de mama con un promedio de edad de $\bar{X}=52.82 \pm 9.5$ años, y $\bar{X}=53.2 \pm 46.5$ meses de supervivencia. 71% de ellas sin pareja, 47% con estudios básicos, 62% dedicada al hogar, 66% sometidas a cirugía de mastectomía, 69% recibiendo más de un tratamiento adicional a la cirugía y 33% con alguna comorbilidad. 94% de las participantes presentaron algún grado de sintomatología ansiosa y 59% algún grado de sintomatología depresiva.

Tabla 17

Características de la muestra de supervivientes de cáncer de mama mexicanas (n=188).

N= 188	Variable	n	%	Variable	n	%
Edad	\bar{x} = 52.8 (9.5)			Etapa clínica	Temprana	165 87.77
Tiempo de Supervivencia	\bar{x} = 53.2 (46.5)				Avanzada	23 12.23
Estado Civil	Con pareja	53	28.19	Lateralidad	Derecha	96 51.06
	Sin pareja	135	71.81		Izquierda	87 46.28
Escolaridad	Ninguna	5	2.66		Bilateral	5 2.66
	Básica	89	47.34	Cirugía	Mastectomía	125 66.5
	Media Superior	41	21.81		Conservadora	63 33.51
	Superior/Posgrado	45	23.93	Tratamiento	Esquema único	53 28.2
	Otra	8	4.26	Adicional	Esquema doble	74 39.37
Ocupación	Hogar	117	62.23		Esquema triple	57 30.32
	Empleada	32	17.02	Número de	0	125 66.49
	Autoempleo	19	10.11	Comorbilidades	1	45 23.94
	Profesionista	16	8.51		2	17 9.04
	Jubilada/Otro	4	2.1		3	1 0.53

Nota: Cáncer avanzado: Incluye el carcinoma ductal in situ y los cánceres de mama en estadios I, IIA, IIB y IIIA (Instituto Nacional del Cáncer, 2011)

Análisis Factorial Confirmatorio

Se realizó la prueba Káiser-Meyer-Olkin (KMO) obteniendo un valor de 0.873 ($p=0.001$).

Posteriormente se ejecutó el análisis confirmatorio mediante el modelo de máxima verosimilitud,

obteniendo un modelo de 2 factores y 10 reactivos que en conjunto explicaron el 53% de la varianza

con cargas factoriales individuales que van desde .51 a .79.

La figura 9 muestra las cargas factoriales de los reactivos y los ajustes del modelo, siendo la razón Chi cuadrada de 35,55(32gl), $p=0.001$ y los índices de Bondad de ajuste adecuados (TLI= 0.994, CFI= 0.996, RMR=0.033 y RMSEA= 0.024) mostrando que el modelo propuesto es adecuado y parsimonioso. Los 2 reactivos eliminados para lograr el mejor ajuste fueron “Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago” y “Me siento optimista respecto al futuro” de la subescala de ansiedad y depresión, respectivamente; esto debido a las bajas cargas factoriales y la poca capacidad discriminante que arrojaron.

El modelo final obtuvo un índice de confiabilidad alfa de Cronbach total de $\alpha=0.831$ y por factores de $\alpha=0.818$ para síntomas de ansiedad y $\alpha=0.684$ para síntomas de depresión.

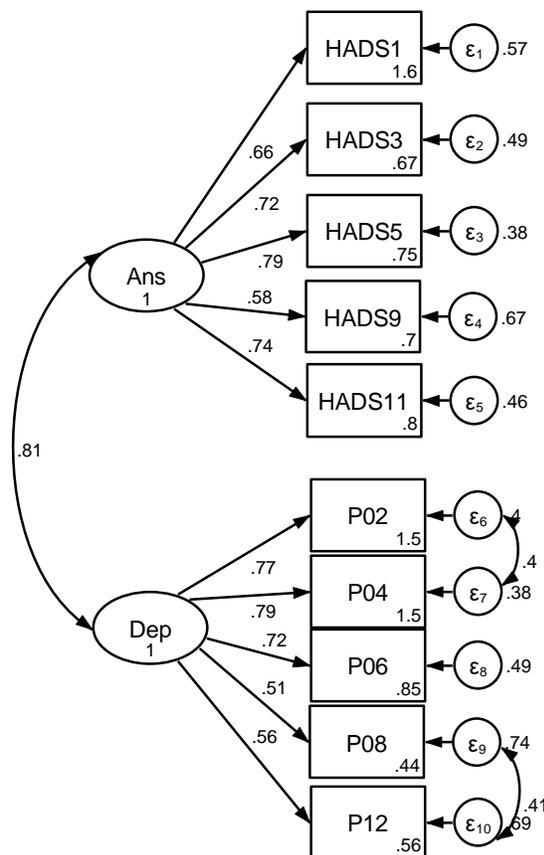


Figura 9. Modelo AFC de la escala HADS para Supervivientes de Cáncer de mama (N=188). Chi cuadrada=35,55, 32gl, CFI =0.996, TLI = 0,994, SRMR=0.033, RMSEA= 0.024(0,00-0.061) CD=.941

Puntos de corte

Se recodificó la sumatoria total y por factores dividiéndose por cuartiles (25, 50, 75) con el objetivo de obtener los puntos de corte y sus prevalencias. Los puntajes mínimos y máximos obtenidos en la escala fueron de 0 a 25 general, 0-15 para ansiedad y 0-10 para depresión. Por tanto, considerando el percentil 75, se propone un punto de corte general para considerar algún nivel de sintomatología ansiosa de 5 y 4 para sintomatología depresiva.

Los puntos de corte generales que se sugieren para esta población son: 0-2 ausencia de sintomatología 3-4 síntomas leves, 5-8 moderados y 9 en adelante graves. Específicamente para síntomas de ansiedad se considera: 0 a 1 para ausencia ansiedad, 2 leve, de 3 a 5 moderado y de 6 en adelante sintomatología grave y para síntomas de depresión: 0 sin depresión, 1 leve, 2 a 4 moderada y 5 en adelante sintomatología grave.

Esto permite determinar que 47.7% de las supervivientes presenta síntomas moderados a graves de ansiedad mientras que 45% reporta síntomas moderados o graves de depresión (Tabla 18). Así mismo, de aquellas que contestaron “Sí” a la pregunta de ansiedad (n=43) 83% presentó síntomas moderados o graves de ansiedad, mientras que el 50% de las participantes que manifestaron no haber presentado anhedonia (n=147) presentaron algún nivel de sintomatología depresiva.

Finalmente, al analizar las sintomatologías por grupos, se observaron diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre aquellas sometidas a cirugía radical en comparación con cirugía conservadora ($z = -2.31, p = 0.021$), entre aquellas con dos comorbilidades $X^2(3) = 16.21, p = .001$ (Md=5) en comparación con las que no tienen comorbilidades (Md=2). Entre estos mismos grupos

se obtuvieron diferencias en los puntajes de depresión $X^2(3) = 10.26, p = 0.016$ (sin comorbilidades $Md=1$ y 2 comorbilidades $Md= 2$).

Para el caso de la escolaridad se observaron diferencias en los puntajes de depresión entre aquellas con nivel educativo básico ($Md=2$) y nivel medio superior ($Md=1$) $X^2(2) = 7.26, p = .021$ y superior ($Md=1$) $X^2(2) = 7.13, p = .023$. Finalmente se observaron diferencias en los niveles de sintomatología ansiosa entre aquellas que recibieron solo quimioterapia ($Md=2$) y aquellas con combinación de radioterapia con hormonoterapia ($Md=3$) $X^2(7) 15.16, p = .034$.

Tabla 18

Sintomatología ansiosa y depresiva en supervivientes de cáncer de mama

		n	%			n	%
Sintomatología de Ansiedad	Sin síntomas	11	5.9	Sintomatología de depresión	Sin síntomas	77	41.0
	Leve	87	46.3		Leve	25	13.3
	Moderada	49	26.1		Moderada	49	26.1
	Grave	41	21.8		Grave	37	19.7

Se realizaron correlaciones entre las preguntas de ansiedad y depresión basadas en la entrevista WHO-CIDI con el objetivo de explorar la validez de criterio, obteniéndose como se observa en la Tabla 19, relaciones positivas y estadísticamente significativas entre haber sentido alguna crisis de miedo o angustia y los puntajes de ansiedad, así como entre presentar anhedonia y los puntajes de depresión de la HADS, lo que representa una adecuada validez de criterio de la escala.

Tabla 19

Correlación entre Subescalas de la HADS y preguntas de síntomas de ansiedad y depresión.

		Puntaje Ansiedad	Puntaje Depresión
¿Ha llegado a sentir crisis de miedo o angustia, que podría llegar a tener un paro cardíaco, o que pierde el control sobre sus pensamientos o conducta?	(Si)	.505*	.338*
¿Ha perdido el interés o el placer por realizar las actividades diarias?	(Si)	.476*	.497*

* $p=.01$

En el caso del tiempo de supervivencia, se identifica una tendencia a presentar niveles más elevados durante el primer año de supervivencia en comparación con aquellas mujeres con periodos más largos de sobrevivida al cáncer y tal como lo describe la literatura, se podría pensar en una trayectoria de decremento a través de la supervivencia, principalmente en lo que se refiere a síntomas ansiosos

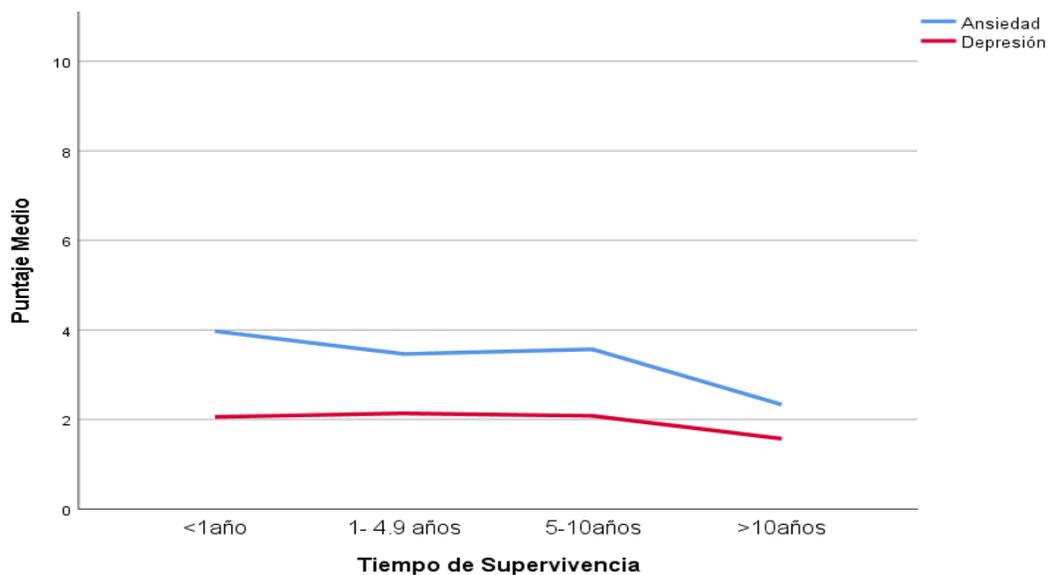


Figura 10: Puntaje medio de Ansiedad y Depresión por años de supervivencia

Discusión

La HADS mostró una estructura factorial semejante con la de la versión original y propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de sintomatología de ansiedad y depresión en supervivientes de cáncer de mama mexicanas por lo que se recomienda su uso en escenarios clínicos y de investigación en salud mental con esta población, particularmente como una herramienta de tamizaje y con aquellas pacientes que presentan necesidades de salud mental previamente reportadas, las cuales deben ser una prioridad para la atención psicológica.

A diferencia de las validaciones previamente realizadas en población oncológica mexicana, la versión para supervivientes mostró una estructura factorial con 10 reactivos destacando la eliminación del reactivo “Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago” , al igual que en la versión de Ornelas-Mejorada (2011), lo cual puede atribuirse a la falta de comprensión del lenguaje utilizado, ya que las participantes reportaron confusión y dificultad de comprensión al momento de leerlo, y del reactivo “Me siento optimista respecto al futuro” ante el cual puede pensarse en un fenómeno de desesperanza, mismo que ya ha sido reportado previamente en población superviviente de cáncer de mama (Liao et al., 2017; Ravindran et al., 2019).

Así mismo, una de las principales fortalezas y diferencias de la actual validación con respecto a las previas en pacientes con cáncer mexicanos, radica en el análisis confirmatorio realizado, el cual se sumamente trascendental ya que este tipo de modelos permiten contrastar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (validación de constructo).

En este modelo, cada ítem satura únicamente sobre el factor-dimensión del que se supone que constituye un indicador válido (Batista-Foguet et al., 2004). En este caso, se confirmó un modelo de dos factores como lo establece la versión original de Zigmond y Snaith (1983), con adecuados índices de ajuste global.

Los niveles de sintomatología de ansiedad y depresión moderada a grave reportados por las supervivientes mexicana son más elevados que los reportados en otras poblaciones medidas con la misma escala HADS:45-47% vs 10-22% (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2016; Zainal et al., 2013). Sin embargo, coinciden con estudios como el de Philip y Merluzzi (2016) donde se observó a 44% de las supervivientes con síntomas de ansiedad y 46% con síntomas de depresión, con síntomas graves en 14% 8% respectivamente (21% y 19% en el presente estudio); o con lo mencionado por Abu-Helalah et al (2014) quienes encontraron síntomas de ansiedad en 53% y síntomas de depresión en 45%, también medidos con la escala HADS.

Las diferencias de síntomas depresivos halladas entre grupos de acuerdo al nivel de escolaridad (básica-media superior) y de los síntomas de ansiedad conforme al número de comorbilidades (0-2), tratamiento recibido (quimioterapia en comparación con radio y hormonoterapia) y la cirugía realizada (radical-conservadora) coinciden con los hallazgos de Brandão, et al. (2017), Gegechkori, et al. (2017), Harris, et al. (2017), Montiel Castillo et al. (2016), Syrowatka et al. (2017), y Kowalczyk et al., (2019), pero no se obtuvieron resultados similares conforme a la edad, estado civil, nivel socioeconómico, tiempo de supervivencia o etapa clínica como lo reportan en otros estudios (Abu-Helalah et al., 2014; Champion et al., 2014; Jarrett et al., 2013; Montiel Castillo et al. 2016).

En población latinoamericana y mexicana, como se mencionó previamente, existen pocos reportes acerca de la población superviviente de cáncer en general y de cáncer de mama; Montiel Castillo et al., (2016) reportan que, en una muestra de supervivientes de cáncer de mama cubanas, el 60% mostró sintomatología de ansiedad y depresión moderada, sin embargo, a pesar de que las prevalencias se asemejan a lo encontrado en el presente estudio con mujeres mexicanas, los instrumentos de medición utilizados fueron diferentes a la HADS y no validados en supervivientes.

Por ello, resalta aún más la importancia de los resultados obtenidos en la presente validación, pues, en primer lugar, representan los primeros datos recabados en supervivientes de cáncer de mama mexicanas y obtenidos con la confianza y validez suficiente de un instrumento para dicha población con puntos de corte específicos.

Conclusiones.

La escala HADS para supervivientes de cáncer de mama mexicanas muestra puntos de corte específicos para dicha población, mostró correlaciones significativas con las preguntas de síntomas de ansiedad y depresión experimentados en el último mes propuestas por Organización Mundial de la Salud en la entrevista de salud mental (WHO-CIDI), permitiendo considerar una adecuada validez de criterio de la escala.

Permitió identificar diferencias en los síntomas de ansiedad y depresión en aquellas supervivientes sometidas a cirugía radical, con esquema doble de radioterapia con hormonoterapia, con 2 comorbilidades y con menor nivel educativo lo que lleva a considerar más cercanas las hipótesis comprobadas por Gegechkori et al. (2017), Harris et al. (2017) y Syrowatka et al. (2017) acerca de

que aquellas mujeres con menores niveles educativos, con más comorbilidades y mayor número de tratamientos se encuentran en mayor riesgo de presentar síntomas graves de ansiedad y depresión, abriendo la posibilidad de considerar estas características como factores de riesgo y atender a dichas mujeres de manera oportuna.

Los resultados de la validación de la escala HADS en este protocolo, recalcan la importancia de evaluar síntomas psicológicos en la etapa de sobrevivencia de cáncer mediante escalas específicas para la población de interés, ya que a pesar de existir semejanzas en los síntomas físicos y psicológicos entre algunas poblaciones (por ejemplo, oncológicas) existen necesidades y características específicas que pueden interferir en los resultados de las evaluaciones y que se deben considerar, por ejemplo, el sexo, el tipo de cáncer, la etapa clínica de la enfermedad o momento del proceso de atención de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento o supervivencia).

Lo anterior se ve reflejado mediante la frecuente presencia de síntomas de ansiedad, depresión reportados en esta población, aun a pesar de que un determinado porcentaje de las supervivientes de cáncer parecen ajustarse de forma adecuada a la vida cotidiana después de los tratamientos y a lo largo del tiempo como lo mencionan Philip y Merluzzi, (2016). Es por ello que no debe dejarse de lado la evaluación y atención de dichos síntomas, siempre a través de instrumentos válidos y confiables para cada población.

Limitaciones y perspectivas futuras

Para el presente estudio se utilizó la versión validada para población oncológica mexicana y no la versión original, por lo que vale la pena replicar el estudio utilizando la versión original de Zigmond y Snaith (1983) así como utilizar una muestra aleatorizada para mejorar la validez externa y considerar analizar la validez concurrente y confiabilidad mediante test-retest

Valdrá la pena probar la versión actual de la escala HADS como instrumento de evaluación de los efectos de intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar los síntomas de ansiedad y depresión de las supervivientes de cáncer de mama. Ya que se sabe la importancia y necesidad de dichas intervenciones en esta población específica, las cuales ya han sido ampliamente reportadas en la literatura internacional (Hummel et al., 2015; Lechner et al., 2014; Post & Flanagan, 2016; Wei et al., 2016) pero no en México.

Fase 2- Factores asociados al miedo a la recurrencia y calidad de vida de un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas

Introducción

La etapa de supervivencia al cáncer de mama conlleva diferentes consecuencias físicas y psicológicas a largo plazo derivadas de la enfermedad y de los tratamientos, siendo las principales afectaciones de este grupo de mujeres el miedo a la recurrencia (96%), la fatiga (90%), depresión (8%-60%), ansiedad (13-56%) y dolor (47%) junto con el impacto a la calidad de vida que conllevan dichos síntomas. Estas y otras afectaciones físicas han sido reportadas hasta 12 años posteriores a los tratamientos con un impacto directo en la funcionalidad y calidad de vida de las mujeres (Abrahams et al., 2018; Fiszer et al., 2014; Islam et al., 2014; Jarrett et al., 2013; Maas et al., 2015; Merckaert et al., 2017; Molina y Feliu, 2013; Simard et al., 2013; Wei et al., 2016; Zainal et al., 2013)

La relación entre estos síntomas, así como su factores asociados y predictores han sido descritos de manera amplia a nivel internacional, por ejemplo, se ha reportado que el miedo a la recurrencia se correlaciona de forma negativa con la edad ($r=-.34, p<.01$) y positivamente con haber recibido quimioterapia ($.25, p<.01$) (Vickberg, 2003). De forma similar, Starreveld y colaboradores (2018) reportan que el curso del MR depende de la edad de las supervivientes, observando que las jóvenes muestran un incremento en el primer año y medio posterior a la cirugía mientras que aquellas de edad avanzada muestran niveles estables durante los primeros 6 meses, posterior a los cuales decrementa. Koch et al., (2013) también describen una relación con pobre calidad de vida ($-.23,$

$p < 0.05$), fatiga física (0.27, $p < 0.01$), fatiga mental (.22, $p < 0.01$), depresión (.32, $p < 0.005$; .36, $p = 0.001$) y ansiedad (.21, $p = 0.00$; 0.42, $p < 0.01$).

La fatiga, ha correlacionado positivamente con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el tratamiento, con edades jóvenes ($p < .001$), al estado civil divorciado o viudo ($p < 0.001$), haber recibido quimioterapia, tener síntomas depresivos, presentar fatiga desde el inicio de los tratamientos ($p < 0.001$) así como con depresión y ansiedad (Berglund et al. 1991; Bower et al., 2000; Champion et al., 2014; Van-Muijen et al., (2017)

Niveles elevados de ansiedad se han visto relacionados también con edades jóvenes ($p < .001$), diagnóstico en etapas avanzadas, mayores síntomas físicos reportados y tiempos cortos desde el diagnóstico o mayor número de comorbilidades (Champion et al., 2014; Jarrett et al., 2013; Gegechkori, Haines, & Lin, 2017; Harris, Cornelius, Ream, Cheevers, & Armes, 2017; Syrowatka et al., 2017). Mientras que la depresión se ha reportado mayor posibilidad de presentarse en aquellas pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica, con niveles socioeconómicos bajos, desempleadas y jóvenes ($p = .005$), (American Cancer Society, 2016; Champion et al., 2014). Incluso se ha descrito a la depresión como un factor asociado para un decremento en las tasas de supervivencia de cáncer de mama (Falagas et al., 2007).

Todas estas relaciones han servido para formular diferentes modelos en torno al miedo a la recurrencia y la calidad de vida de las supervivientes entre los que destaca el modelo propuesto por Howard-Anderson et al., (2012) donde plantean como diferentes características sociodemográficas, médicas y psicosociales (edad, estado civil, número de hijos, nivel educativo, nivel socioeconómico, comorbilidades, antecedentes heredofamiliares, apoyo social, antecedentes de problemas de salud

mental, o estrategias de afrontamiento) de las supervivientes de cáncer de mama, en conjunto con variables relacionadas con la enfermedad y los tratamientos (histopatología del cáncer, tipo de tratamiento recibido) pueden predecir específicos resultados biológicos (menopausia temprana, aumento de peso), y psicológicas (ansiedad, depresión, preocupaciones por la fertilidad, afectación en la CV).

Por otro lado, Huang y Shi (2016) proponen un modelo acerca del mecanismo de respuesta psicosomática de las supervivientes en el que ante la enfermedad y los tratamientos se activa una respuesta estresora formada por 3 componentes: estrés psicológico (fatiga, depresión, ansiedad, miedo a la recurrencia), estrés fisiológico (inmunológico y neuro-endócrino) y conductual (falta de apego a tratamientos, alteraciones del sueño, alteración en el funcionamiento social). Este mecanismo de respuesta esta mediado por las estrategias de afrontamiento, personalidad, apoyo social y conocimiento de la persona, y puede propiciar crecimiento del tumor o avance de la enfermedad.

Finalmente, para comprender la presente investigación, se debe considerar el modelo más antiguo planteado por Lee-Jones et al (1997), el cual a su vez está basado en el modelo de autorregulación de la enfermedad propuesto por Leventhal et al., (1992), ambos enfocados particularmente en el desarrollo y mantenimiento del miedo a la recurrencia. Lee-Jones y colaboradores explican que el MR depende de 1) señales internas (síntomas) y externas (servicios de salud, familia, exposición a información), 2) cogniciones (relacionadas a eventos pasados, creencias de la enfermedad, percepción de riesgo de la recurrencia) y 3) emociones (ansiedad, emociones asociadas a la recurrencia); estos componentes derivaran en dos áreas, respuestas conductuales (estudios de

vigilancia, búsqueda de ayuda, limitaciones en planeación del futuro) y efectos psicológicos (mala interpretación de síntomas, incremento de ansiedad e incremento de posibles ataques de pánico).

Entender la relación entre síntomas y modelos descritos previamente, ayudará tanto a formular hipótesis en la población particular de supervivientes mexicanas como a explicar los resultados obtenidos en esta población. Y es que cabe destacar que todo lo reportado previamente, proviene de un escenario internacional, lo cual puede resultar diferente en la población mexicana debido a diferencias culturales, sociales, económicas, laborales, educativas, clínicas e incluso de los sistemas de atención de la salud; por ejemplo, en poblaciones estadounidenses y europeas se reportan mayores tasas de supervivencia debido a los procesos de detección y tratamiento oportuno que se refleja en diagnósticos en etapas de la enfermedad más tempranas y tratamientos menos agresivos.

En cambio, en países en vías de desarrollo como México y los pertenecientes a América Latina, el reporte de supervivencia es menor al 60%, 20% menos que las tasas reportadas en Estados Unidos (Cazap, 2018; Justo et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 2018) lo que representa una población diagnosticada en etapas más avanzadas que requieren tratamientos más amplios y agresivos y que a su vez, implica mayores consecuencias y necesidades psicosociales.

Justificación:

Muchos supervivientes de cáncer enfrentan problemáticas médicas, emocionales y sociales tardías y duraderas que resultan en una tasa global de 7.8 millones de años viviendo con discapacidad en 2017 (The Cancer Atlas, s/f).

Como se ha descrito previamente, diversas características sociodemográficas, clínicas y psicológicas se han asociado al miedo a la recurrencia y calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama.

Particularmente el miedo a la recurrencia ha sido ampliamente documentado en dicha población, haciendo notar que elevados niveles de MR conllevan a demás consecuencias psicológicas sustanciales, principalmente en el ámbito cognitivo y conductual como son, hipervigilancia de síntomas, atribución generalizada de dichos síntomas al cáncer en lugar de a otros padecimientos comunes, mayor uso de los servicios médicos y de salud en general, limitada capacidad para planear el futuro (ejemplo planificar salidas recreativas o vacaciones), somatización y mayor posibilidad de padecer ataques de pánico. Entonces, si bien cierto grado de miedo es considerado normal y adaptativo, por ejemplo, para mantener las vigilancias médicas, o comprometerse a hacer cambios en el estilo de vida; en exceso, el MR a la recurrencia puede afectar de manera importante la calidad de vida de las supervivientes (Simonelli et al., 2017).

Al igual que el miedo a la recurrencia, la fatiga, otra de las afectaciones más prevalentes en este grupo de mujeres ha sido poco reportada en la literatura latinoamericana, mientras que, a nivel internacional, se han evidenciado elevadas prevalencias de dicho síntoma, presentándose hasta en

90% de las supervivientes (Abrahams et al., 2018; Biering et al., 2020; Bjerkeset et al., 2020), se han probado relaciones entre fatiga y edades jóvenes, tiempo de supervivencia, estado civil y tratamiento de quimioterapia, depresión (Champion et al., 2014; Bower et al., 2000; van Muijen et al., 2017). Y finalmente se ha descrito como dicho síntoma impacta directamente sobre la calidad de vida (Brandão et al., 2017; Ganz et al., 2004; Instituto de Investigación Beckman, 2004).

Precisamente en torno a la calidad de vida, los resultados hallados en la literatura son contradictorios; por ejemplo, Abu-Helalah et al. (2014), Cheng, Sit, y Cheng (2016) y Philip y Merluzzi (2016), reportan que la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama no se ve mermada al cabo de tiempo, mientras que otros estudios reportan que las variables psicosociales tales como ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia, son predictores de la calidad de vida (CV) a corto y largo plazo de las supervivientes así como describen que aquellas supervivientes con estados más avanzados de la enfermedad, bajos recursos económicos y pobre apoyo social son más propensas a ver afectada su CV. (Howard-Anderson, et al., 2012; Huang & Shi, 2016; Jarrett et al., 2013).

Entonces, debido a la variabilidad en los resultados descritos, resulta aún más importante conocer la percepción de calidad de vida y los niveles de miedo a la recurrencia de las superviviente de cáncer de mama mexicana, así como determinar si existen factores asociados estas variables con el fin de ampliar la evidencia en nuestro país e identificar forma temprana a aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad para desarrollar alto miedo a la recurrencia y baja calidad de vida con el fin de brindarles atención psicológica oportuna y preventiva mediante intervenciones basadas en evidencia científica.

Finalmente, habrá que resaltar que realizar el presente estudio, haciendo uso del sistema de ecuaciones estructurales tiene la ventaja, sobre otros sistemas y técnicas multivariantes, el analizar las relaciones por cada subconjunto de variables, permitiendo también una interrelación entre variables de diferentes grupos tal como lo explican Escobedo Portillo et al. (2016).

Pregunta de investigación

¿Qué factores sociodemográficos, clínicos y/o psicosociales se asocian al miedo a la recurrencia y la calidad de vida de un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas?

Objetivo General

Determinar qué factores sociodemográficos, clínicos y/o psicosociales se asocian al miedo a la recurrencia y la calidad de vida de un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas.

Objetivos específicos

- Determinar los niveles miedo a la recurrencia de un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas.
- Determinar los niveles de ansiedad de la muestra.
- Determinar los niveles de depresión de la muestra.
- Determinar los niveles de fatiga de la muestra.
- Determinar los niveles de calidad de vida de la muestra estudiada.
- Determinar la correlación entre las variables psicológicas.
- Elaborar un modelo de predicción de miedo a la recurrencia y calidad de vida (con base en las variables asociadas en el objetivo previo) de un grupo de supervivientes de cáncer de mama mexicanas.

Hipótesis

H1. El grupo supervivientes presentará niveles elevados de miedo a la recurrencia,

H2. El grupo supervivientes presentará niveles elevados de síntomas de depresión,

H3. El grupo supervivientes presentará niveles elevados de síntomas de ansiedad.

H4. El grupo supervivientes presentará niveles elevados de fatiga.

H5. El grupo de supervivientes presentará niveles bajos de calidad de vida.

H6. El miedo a la recurrencia se asocia de forma negativa con la calidad de vida.

H7. Las variables ansiedad, depresión, fatiga, miedo a la recurrencia y calidad de vida estarán correlacionadas significativamente ($<.05$) entre sí.

H8. El miedo a la recurrencia y la calidad de vida estarán asociadas a variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales como la edad, el estado civil, etapa clínica de la enfermedad, tratamiento de quimioterapia recibido, tiempo de supervivencia, número de comorbilidades médicas, ansiedad, depresión y fatiga.

Diseño

Transveral, Correlacional, (Ato et al., 2013; Hernández-Sampieri, et al., 2014)

Tabla 20
Definición de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Calidad de Vida	Forma en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (Grupo de La OMS sobre la calidad de vida, 1995)	El nivel de calidad de vida se determinará de acuerdo a la puntuación global del Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF el cuál determina que a mayor puntaje mayor es la calidad de vida.
Fatiga	Sensación subjetiva y persistente de cansancio físico, emocional y/o cognitivo relacionada con el cáncer o su tratamiento que no es proporcional a la actividad reciente e interfiere con el funcionamiento habitual (National Comprehensive Cancer Network, 2017).	Nivel de fatiga establecido por medio del puntaje total de la subescala de fatiga del Cuestionario FACIT (VERSIÓN 4)
Miedo a la recurrencia	Miedo a que la enfermedad (cáncer) regrese o progrese en el mismo órgano o en alguna otra parte del cuerpo (Vickberg, 2003).	Nivel de miedo a la recurrencia determinado por el puntaje de la Escala de preocupaciones acerca del cáncer (CARS-M)
Sintomatología ansiosa	Anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimientos de inquietud o síntomas somáticos de tensión (American Psychiatric Association, 1994)	Nivel de sintomatología ansiosa leve, moderado o grave de acuerdo con la Escala de HADS-M.
Sintomatología depresiva	Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación, acompañada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades(American Psychiatric Association, 1994).	Nivel de sintomatología depresiva leve, moderado o grave de acuerdo con la Escala HADS-M.

Participantes

200 supervivientes de cáncer de mama mexicanas⁵ bajo los siguientes criterios de selección:

⁵ Se realizó un ajuste en el tamaño de la muestra debido a las dificultades de acceso a la población durante la contingencia por COVID-19, conformándose por 200 supervivientes de cáncer de mama mexicanas de diversas instituciones de salud públicas y privadas (contempladas inicialmente 286 y reajustado a un nivel de confianza de 90% se contemplaban 218).

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 años en adelante.
- Haber tenido un diagnóstico confirmado de cáncer de mama (etapas 0-III)
- Haber iniciado etapa de vigilancia (de acuerdo a la definición de supervivencia y con base en la indicación médica)
- Haber concluido tratamiento quirúrgico, quimioterapia y/o radioterapia (podrán estar recibiendo tratamiento hormonal)
- Que acepten participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de recurrencia en el momento de la evaluación.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en etapa clínica IV o en tratamiento paliativo.

Criterios de eliminación:

- Que la participante abandone el llenado del instrumento
- Que no complete los cuestionarios.

Tamaño de la muestra. Participaron 200 supervivientes de cáncer de mama de acuerdo a la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para población finita ⁵:

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$
$$n = \frac{1128 * 1.645^2 * 0.05 * 0.90}{0.05^2 (1128 - 1) + 1.645^2 * 0.05 * 0.90} = 218$$

Se consideró un error $\alpha=5\%$ con un nivel de confianza de 90% ⁵ (valor $Z=1.645$) y los valores p y q de 0.5 cada uno (Barojas, 2006; López, 2005).

Instrumentos

- Ficha de identificación clínica (Anexo 6). Ficha de recolección de datos clínicos y sociodemográficos diseñada *ex professo* para la presente investigación.
- Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF (1998) (Anexo 8). Es un cuestionario breve que se desprende del inventario completo de evaluación de la calidad de vida WHOQOL-100, contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las puntuaciones de las áreas producidas por el WHOQOL-BREF mostraron correlaciones de alrededor de 0.90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. También mostraron una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas (WHOQOL Group, 1993). Existen altas correlaciones entre los puntajes de dominios de la versión completa y los puntajes de los ítems utilizados para la versión breve que van desde 0.89 a 0.95. En cuanto a la consistencia interna, cada una de las áreas mostraron coeficientes de Cronbach que van de 0.66 a 0.84 (WHOQOL, 1998).

Para el presente estudio, se utilizó la versión validada para población mexicana por López Huerta et al. (2017). La cual presenta índices de ajuste adecuados RMR=.092, GFI= .869, NFI=.589, RFI=.539, PRATIO= .891, PGFI=.713 y coeficientes de alfa de Cronbach >.70 con un modelo de 20 ítems.

- Escala de Fatiga de la Evaluación funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale (Webster, Cella, & Yost, 2003) (Anexo 9)

Es un cuestionario autoaplicable de una dimensión. Consta de 13 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 4. El total del puntaje varía entre 0 y 52 donde los puntajes altos representan menor fatiga. La escala se desarrolló para evaluar la fatiga asociada a la anemia causada por el cáncer. Ha sido utilizada en diferentes poblaciones incluyendo población general, pacientes con psoriasis y lupus eritematoso sistémico. Muestra adecuada estabilidad $r=.87$, consistencia interna $\alpha=.95$ y validez test-retest $r=.84$ a $.90$.

- Escala de Preocupaciones Acerca del Cáncer (Concerns About Recurrence Scale, CARS) desarrollado por Vickberg, (2003), su versión original en inglés mostró una adecuada consistencia interna con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.87$. mientras que la versión mexicana (Ramírez-Orozco et al., 2021), mostró un coeficiente total de $\alpha=0.945$. Es un instrumento auto aplicable que evalúa el grado y naturaleza del miedo a la recurrencia del cáncer de mama mediante 18 preguntas (versión mexicana) con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 (para nada) a 4 (extremo).
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M) (Ramírez-Orozco et al., en prensa) (Anexo 4): Versión validada y adaptada para población superviviente de cáncer de mama mexicana. Cuenta con 2 factores y 10 reactivos con 4 opciones de respuesta en escala tipo Likert.

Procedimiento. Debido a la contingencia sanitaria que atraviesa el mundo y nuestro país, causada por el virus SARS CoV-2 y la enfermedad COVID-19, la cual comenzó en marzo de 2021 y continúa hasta la fecha, la posibilidad de contactar a las participantes de forma directa en el escenario clínico se vio limitada. Las participantes, en su mayoría aún son consideradas como personas de alto riesgo para complicaciones de la enfermedad, por esta razón, se realizó la recolección de la muestra de forma virtual a través de internet y la aplicación de “*Google Forms*”. Se construyó el cuestionario en el que, inicialmente, se explicaba de manera detallada el propósito del estudio y las consideraciones éticas del mismo. Si la potencial participante aceptaba colaborar, accedía al consentimiento informado, una vez leído y firmado, se procedía al llenado de la ficha de identificación clínica para corroborar los criterios de inclusión. Como se observa en la figura 11, en caso de cumplirlos, se continuaba con el llenado de los cuestionarios, de lo contrario, la plataforma concluía el proceso agradeciendo a la participante. Las participantes fueron identificadas y localizadas mediante la base de datos del registro de supervivientes de cáncer del Instituto Nacional de Cancerología INCan.

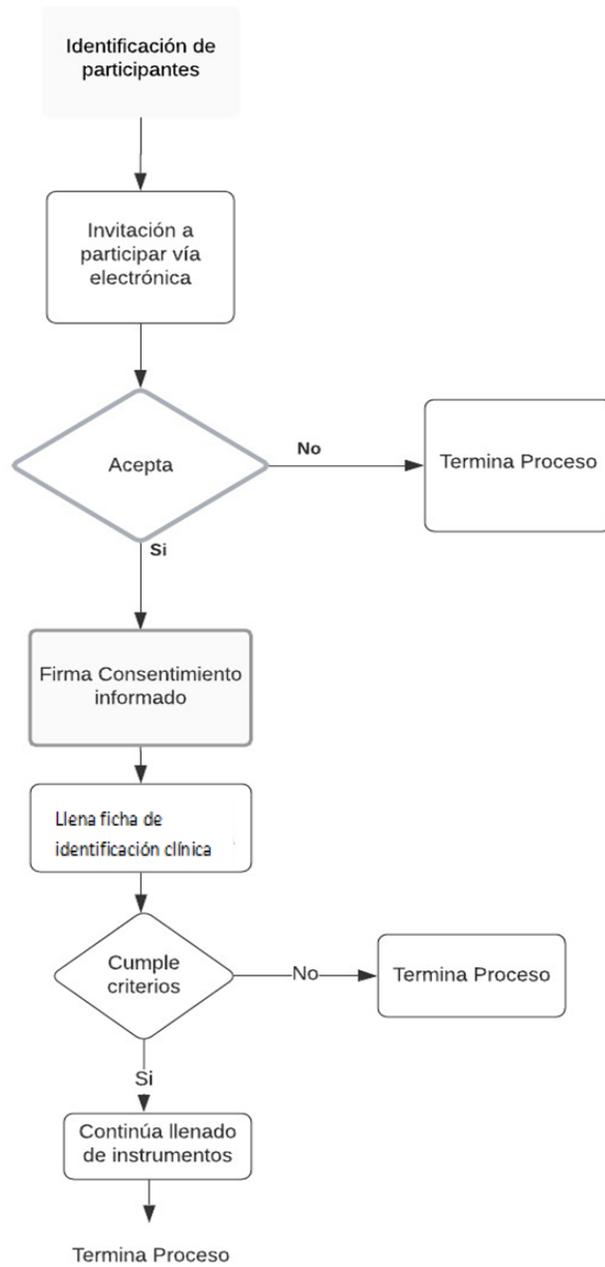


Figura 11. Diagrama de flujo del procedimiento de recolección de datos de la Fase 2

Aspectos éticos. Se recibió autorización por parte de las autoridades del Instituto Nacional de Cancerología y el Departamento de Vinculación Institucional para el desarrollo del presente protocolo.

Aunado a ello, el protocolo ha sido sometido ante el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Cancerología (DG/DI/CEI/369 de 2020) además de apegar a las normas del código ético del psicólogo para la atención de calidad de cada una de las participantes.

A cada participante se le brindó la opción de concertar citas con un profesional en psicología clínica o de ser derivada con alguna otra especialidad de salud mental como Psiquiatría para la atención de síntomas de malestar emocional derivados de la respuesta del cuestionario.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos mediante las medidas de tendencia central y de dispersión.

Posteriormente se realizaron análisis de correlación para determinar si existía relación entre las mismas, así como su magnitud y dirección; una vez identificadas las variables con relación significativa, se construyó un modelo de ecuaciones estructurales que permitió comprobar el modelo teórico planteado anteriormente. En dicho modelo, las variables desenlace fueron miedo a la recurrencia y calidad de vida, las variables predictoras fueron edad, estado civil, tiempo de supervivencia, etapa clínica y tratamiento de quimioterapia recibido, mientras que ansiedad, depresión y fatiga fungieron como variables mediadoras.

La finalidad de este modelo es encontrar, entre todas las variables propuestas, aquellas que más y mejor expliquen a la(s) variable(s) dependiente(s) sin que ninguna de ellas sea combinación lineal de las restantes (Barón López & Tellez Montiel, 2004; Jaume & Catalá, 2001).

Resultados

Características sociodemográficas

La muestra quedó conformada por 200 mujeres con una media de edad de 52.6 años y promedio de 6.8 años de supervivencia (80 meses). Al respecto, 23% contaba con menos de un año de sobrevida, 27% entre 1 y 5 años, 27.5% entre 5 y 10 años y 22.5% con más de 10 años, la máxima de 28 años libre de enfermedad. Como se observa en la Tabla 20, 50.5% de ellas se encontraban sin pareja, en su mayoría practicantes de la religión católica (75%), 68% habitante de la zona metropolitana de México, 62.5% de ella con algún tipo de trabajo o ingreso económico fijo (62.5%). Poco más de la mitad (58.5%) con un nivel educativo de licenciatura o posgrado, dato que destaca considerando la media educativa nacional de 9.1 años de estudio.

61.5% fue diagnosticada en etapa temprana o localmente avanzada de la enfermedad (hasta IIIA), en su mayoría fueron sometidas a mastectomía y a tratamiento de quimioterapia (80% y 87.5% respectivamente). 42% fue atendida en el Instituto Nacional de Cancerología, 35% en otras instituciones gubernamentales y 8.5% en alguna institución privada. Finalmente, se observa que poco menos de la mitad (43.5%) presenta alguna comorbilidad entre las que destacan hipertensión arterial y obesidad (35.6% y 25.7%).

Tabla 21

Características sociodemográficas y clínicas de las participantes

N= 200	Variable	n	%	Variable	n	%
Edad	Min 27 Max 75 $\bar{x} = 52.62$ (9.19)			Etapa clínica	Temprana	123 61.5
Tiempo de Supervivencia	Min 1 Max 336 $\bar{x}=80.8$ (meses)				Avanzada	50 25.0
					No sabe	27 13.5
Estado Civil	Con pareja	99	49.5	Cirugía	Conservadora	40 20.0
	Sin pareja	101	50.5		Mastectomía	135 67.5
Escolaridad	Ninguna/Primaria	2	1.0		MT bilateral	25 12.5
	Secundaria	20	10	Tratamiento	Esquema único	51 25.5
	Preparatoria	45	22.5	Adicional	Esquema doble	80 40.0
	Licenciatura	74	37.0		Esquema triple	69 34.5
	Posgrado	43	21.5	Quimioterapia	Si	175 87.5
	Otra	16	8.0		No	25 12.5
Religión	Ninguna	28	14.0	Institución de	INCan	84 42.0
	Católica	150	75.0	Atención	IMSS	44 22.0
	Otra	21	11.0		ISSSTE	25 12.5
Residencia	CDMX	91	45.5		Particular	17 8.5
	Estado de México	46	23.0		Otra	30 16.0
	Interior República	63	31.5	Comorbilidades	Sí	88 44.0
Ocupación	Hogar	48	24.0		No	112 56.0
	Estudiante	1	.5	Número de	0	106 53.0
	Empleada	29	14.5	comorbilidades	1	54 27.0
	Desempleada	26	13.0		2	22 11.0
	Autoempleo	26	13.0		3 o más	18 9.0
	Profesionista	46	23.0			
	Jubilada	24	12.0			

Nota: Esquema único= Quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, Esquema doble: Combinación de 2 tratamientos, Esquema triple= combinación de quimio, radio y hormonoterapia

Tabla 22
Aspectos previos de la Salud Mental

Variable		n	%
Problema de salud mental a lo largo de la vida	Ninguno	120	60.0
	Ansiedad	38	19.0
	Depresión	13	6.5
	Consumo de sustancias	3	1.5
	Ansiedad y Depresión	21	10.5
	Depresión y Consumo	1	.5
	Ansiedad, Depresión y Consumo	2	1.0
Atención de Salud Mental a lo largo de la vida	Ninguno	80	40.0
	Psicología	80	40.0
	Psiquiatría	12	6.0
	Psicología y Psiquiatría	28	14.0
Crisis de miedo o angustia en el último mes	Si	47	23.5
	No	153	76.5
Anhedonia en el último mes	Si	64	32.0
	No	136	68.0

En referencia a aspectos de salud mental previos a la evaluación, 40% reportó haber tenido algún problema de salud mental como ansiedad, depresión o consumo de sustancias adictivas; a pesar de dicha situación, resalta que un 40% no ha recibido atención por parte de algún servicio de salud mental a lo largo de su vida como se observa en la tabla 21. Aunado a esto, dentro de la ficha de identificación clínica, se realizaron 2 preguntas para evaluar anhedonia y crisis de angustia como *ítems* únicos de sintomatología depresiva y ansiosa ante lo que se observó que 23.5% reporta haber sentido alguna crisis de angustia o ansiedad durante el último mes mientras que 32% refiere haber perdido el placer o interés por realizar sus actividades cotidianas.

VARIABLES PSICOLÓGICAS

El miedo a la recurrencia del cáncer fue reportado por prácticamente todas las pacientes en alguna medida (90%) con más de la mitad (60%) presentando niveles moderados o extremos, siendo las principales preocupaciones en torno a esta posibilidad de recurrencia aquellas relacionadas con la muerte siendo en 63.5% una preocupación moderada o extrema y por otro lado las preocupaciones relacionadas con el autoconcepto (38% extrema), para las preocupaciones sobre la funcionalidad también se observan niveles moderados a graves en 57% de las participantes como se detalla en la tabla 23.

La escala de fatiga obtuvo un puntaje medio de 15.27, lo que refleja niveles de fatiga leve en general, por debajo de puntaje medio total de la escala. Los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron cuantitativamente mediante la escala HADS obteniendo puntajes medios de 5.24 y 3.92 para síntomas de ansiedad y depresión respectivamente, en total, 86.5% reportó algún grado de sintomatología ansiosa y 88% algún nivel de síntomas depresivos, resaltando que un 40% recae en el nivel grave.

En cuanto a la calidad de vida, el puntaje medio fue de 74.16, considerando que el puntaje máximo es de 100 y a mayor puntaje, mejor es la calidad de vida percibida, se puede inferir que la mayoría de las participantes presentan niveles elevados de calidad de vida total, igualmente reportan sentirse satisfechas con su calidad de vida global y con su salud general. La escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, permite también explorar los dominios que conforman la C.V. observándose también niveles elevados en cada área, principalmente en referencia a las relaciones sociales y la salud psicológica (Tabla 23).

Tabla 23

Variables psicológicas

Variable		n	%	Variables		n	%
Sintomatología Ansiosa	Sin Síntomas	27	13.5	Sintomatología Depresiva	Sin síntomas	24	12
	Leve	25	12.5		Leve	18	9.0
	Moderada	87	43.5		Moderada	77	38.5
	Grave	61	30.5		Grave	81	40.5
	$\bar{x}=5.24$				$\bar{x}= 3.95$		
Miedo a la Recurrencia	Nada	20	10.0	Factor1 CARS Preocupaciones Generales	Ninguna	11	5.5
	Poco	48	24.0		Pocas	74	37.0
	Moderado	59	29.5		Moderadas	52	26.0
	Extremo	73	36.5		Extremas	63	31.5
	$\bar{x}= 12.28$				Factor3 CARS Autoconcepto	Ninguna	53
Factor2 CARS Funcionalidad	Ninguna	18	9.0	Factor4 CARS Preocupación por la muerte	Pocas	20	10.0
	Pocas	65	32.5		Moderadas	51	25.5
	Moderadas	62	31.0		Extremas	76	38.0
	Extremas	55	27.5		Ninguna	29	14.5
	$\bar{x}=12.28$				Pocas	44	22.0
				Moderadas	94	47.0	
				Extremas	33	16.5	
		Min	Max	Dominios CV		Min	Max
Fatiga	$\bar{x}=15.27$	4	37	Salud física	$\bar{x}=10.74$	4	20
Calidad de vida total	$\bar{x}=74.16$	41	100	Salud psicológica	$\bar{x}=13.17$	4	20
C.V. Global Satisfacción con la salud	$\bar{x}=4.0$	2	5	Relaciones sociales	$\bar{x}=14.40$	4	20
	$\bar{x}=3.77$	1	5	Ambiente	$\bar{x}=11.18$	4	20

Aunado a la descripción de la prevalencia de síntomas, se consideró importante analizar la variabilidad de dichos síntomas dependiendo del tiempo de supervivencia, resaltando una tendencia a la disminución de síntomas a través del tiempo, es decir, mientras más tiempo de sobrevida tenían las participantes, menores síntomas de ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia se observaban (Figura 12).

Por el contrario, en referencia a la calidad de vida se observa una ligera trayectoria de mejoría en casi todas las áreas, a excepción del dominio de relaciones, el cual se observa más estable, al igual que la calidad de vida total, donde los puntajes medios se mantienen entre 70 y 80 puntos independientemente del tiempo de sobrevivida.

Puntaje medio de Miedo a la Recurrencia, fatiga, síntomas de ansiedad y depresión por años de supervivencia

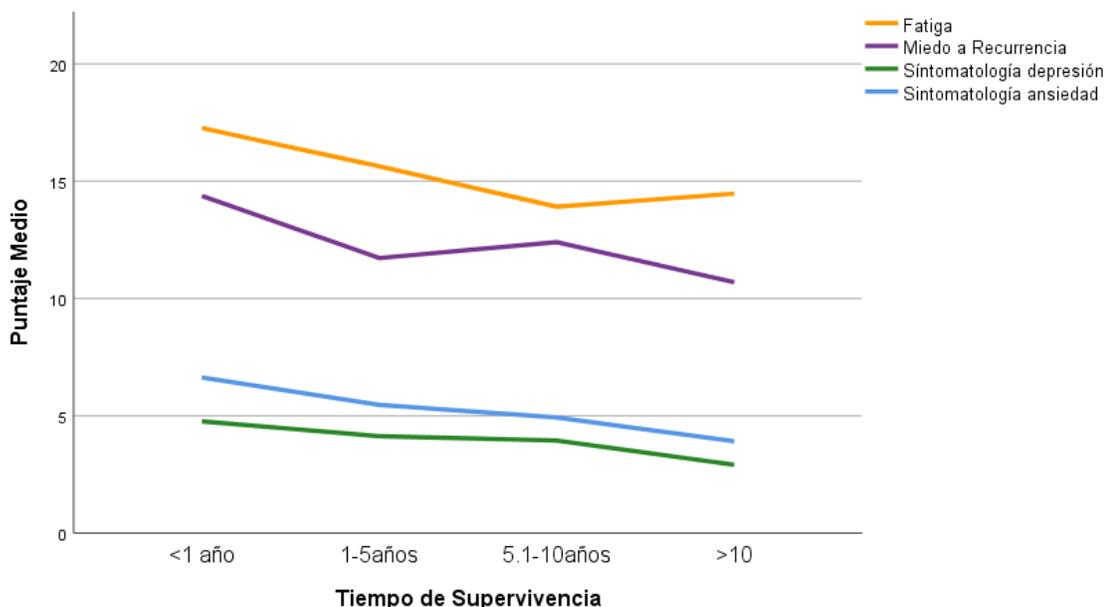


Figura 12. Puntajes de Miedo a la Recurrencia, ansiedad, depresión y fatiga por tiempo de supervivencia

Puntaje medio de los dominios de Calidad de Vida por años de supervivencia

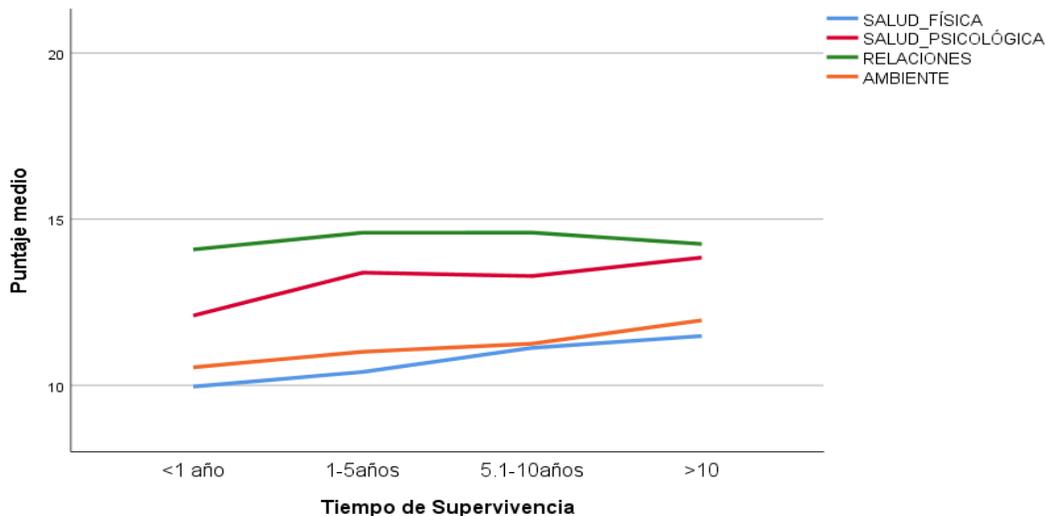


Figura 13. Puntajes de las áreas de calidad de vida por tiempo de supervivencia

Recordando que la etapa de supervivencia es un momento en que las personas buscan reintegrarse a sus actividades cotidianas y adaptarse a las afectaciones que ha dejado la enfermedad y sus tratamientos en todas las áreas de la vida, se consideró importante indagar acerca de cómo la enfermedad ha impactado en la economía y reintegración a las actividades personales y laborales de las supervivientes (tabla 24). El 88.5% refiere haber tenido problemas económicos al momento de enfrentar la enfermedad mientras que el 61% reporta afectaciones actuales en su economía, derivadas de la enfermedad; Por otro lado, 60% menciona haber tenido dificultades para reincorporarse a sus actividades cotidianas y/o laborales y finalmente destaca que 37 participantes (18.5%) refiere no tener planes para el futuro, lo que representa un foco de atención debido a la desmotivación y probables síntomas de depresión graves de dichas participantes.

Tabla 24
Afectaciones reportadas por supervivientes de cáncer de mama

Variable		n	%
Afectación económica debido al cáncer	No afecto	23	11.5
	Un poco	89	45.0
	Mucho	88	44.0
Afectación económica actual	No está afectada	78	39.0
	Un poco	86	43.0
	Mucho	36	18.0
Dificultad para reincorporarse a sus actividades cotidianas	No	80	40.0
	Algunas actividades	100	50.0
	Por completo	20	10.0
Planes a futuro	No tengo	37	18.5
	Algunos	99	49.5
	Muchos	64	32.0

Lo anterior se determinó con base en los reportes verbales de las pacientes, obtenidos durante la entrevista y evaluación de la fase 1 de investigación. Derivada de esta misma exploración se

consideró importante explorar también, de forma cualitativa, qué recursos usaron o ayudaron a enfrentar el proceso de la enfermedad y que era lo que más les preocupaba en caso de existir una recurrencia de la enfermedad (preocupaciones diferentes a las incluidas en la escala CARS). Las figuras 14 y 15 muestran dichas opiniones observándose que las pacientes con cáncer de mama tienden a contar con buenas redes de apoyo como ha sido descrito en la literatura y muestran preocupaciones principalmente por enfrentar nuevamente los tratamientos, por la economía y por el bienestar de personas cercanas o que dependen de ellas.

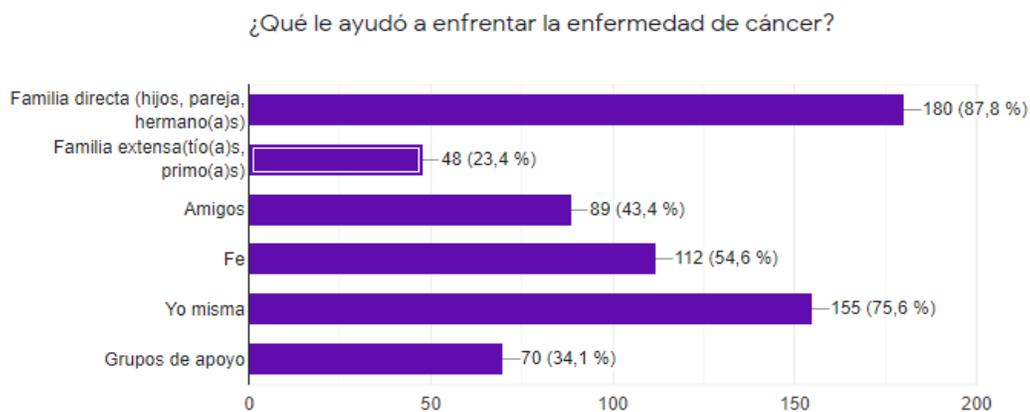


Figura 14. Respuestas de la pregunta sobre redes de apoyo para enfrentar el cáncer



Figura 15. Respuestas de la pregunta sobre preocupaciones acerca de la recurrencia

Se realizaron análisis de correlación entre las variables dependientes (Tabla 25) destacando correlaciones significativas, positivas, moderadas entre miedo a la recurrencia y ansiedad, depresión y ansiedad, depresión y fatiga, depresión con calidad de vida, ansiedad con fatiga y calidad de vida total con satisfacción de la salud. Por otra parte, se obtuvieron correlaciones significativas, negativas, moderadas entre miedo a la recurrencia y calidad de vida, ansiedad con calidad de vida, depresión con calidad de vida y fatiga con calidad de vida.

Tabla 25
Correlaciones entre variables psicológicas y Calidad de Vida

	Miedo general	Ansiedad	Depresión	Fatiga	CV Total	CV Global	Satisfacción Salud	Edad
Miedo general	--							
Ansiedad	.508**							
Depresión	.377**	.614**						
Fatiga	.392**	.639**	.528**					
CV Total	-.424**	-.639**	-.730**	-.721**				
CV Global	-.246**	-.490**	-.495**	-.472**	.701**			
Satisfacción con Salud	-.332**	-.326**	-.375**	-.471*	.592**	.450**		
Edad			-.141**	-.125*				
Supervivencia	-.196**	-.186*	.195**		.193**	.203**	.332**	.238**

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Cabe resaltar también que la sintomatología ansiosa correlacionó significativamente con los resultados de la pregunta única sobre crisis de ansiedad realizada en la ficha de identificación clínica con un coeficiente Phi de .473 $p = .001$ así como la pregunta sobre pérdida de interés y placer con los síntomas depresivos Phi = .513 $p = .001$. Sin embargo, 96 participantes que respondieron No a la

pregunta sobre anhedonia presentan síntomas moderados o graves de depresión, mientras que 102 con respuesta negativa a la pregunta de ansiedad, presentan sintomatología de ansiedad moderada o grave.

Finalmente, se realizó un modelo de ecuaciones estructurales para probar el modelo teórico propuesto (p.51) donde se consideraba que tanto las variables sociodemográficas edad, tiempo de supervivencia y estado civil como las variables clínicas tratamiento recibido y etapa clínica de la enfermedad, se relacionarían directamente con la variable mediadora ansiedad y depresión. A su vez la ansiedad correlacionada con depresión y ésta con fatiga segunda y tercera variable mediadora respectivamente, mismas que impactarían directamente en la calidad de vida y el miedo a la recurrencia como variables desenlace. Sin embargo, se obtuvieron bajos coeficientes estandarizados no significativos entre las variables sociodemográficas y clínicas con las variables mediadoras (.08 -.11), así como índices de ajuste pobres para el modelo en general (Tabla 26).

Por esta razón se realizaron ajustes eliminando aquellas relaciones no significativas y con coeficientes estandarizados bajos (<.40) en busca de mejorar el modelo dando como resultado dos modelos finales a discutir, los cuales no contemplan variables sociodemográficas ni clínicas.

El modelo 2 presenta a las variables sintomatología de ansiedad y depresión correlacionadas entre sí (.77), ansiedad relacionada de forma positiva y significativa con miedo a la recurrencia (.63), depresión relacionada de forma positiva con fatiga (.68) y negativamente con calidad de vida (-.6) y finalmente fatiga impactando negativamente en la calidad de vida (-.37).

Al observarse un valor bajo entre fatiga y calidad de vida, se consideró eliminar dicha relación, dando como resultado el Modelo 3, con dicho ajuste se eleva levemente el coeficiente estandarizado entre depresión y fatiga de .68 a .78 y entre depresión y calidad de vida aumenta de -.6 a -.92; sin embargo, los índices de ajuste no mejoran significativamente reduciendo levemente los valores CFI y TLI.

Considerando lo anterior y con base en los datos presentados previamente en la literatura, donde se han descrito ambas relaciones entre fatiga y calidad de vida y entre depresión con calidad de vida, se consideró al modelo 2 (figura 16) como la mejor alternativa que explica la relación entre las variables de interés. Y si bien los índices de ajustes de dicho modelo se encuentran en los límites de lo aceptable, representa la alternativa con mayor parsimonia y que mejor representa las características de la población estudiada.

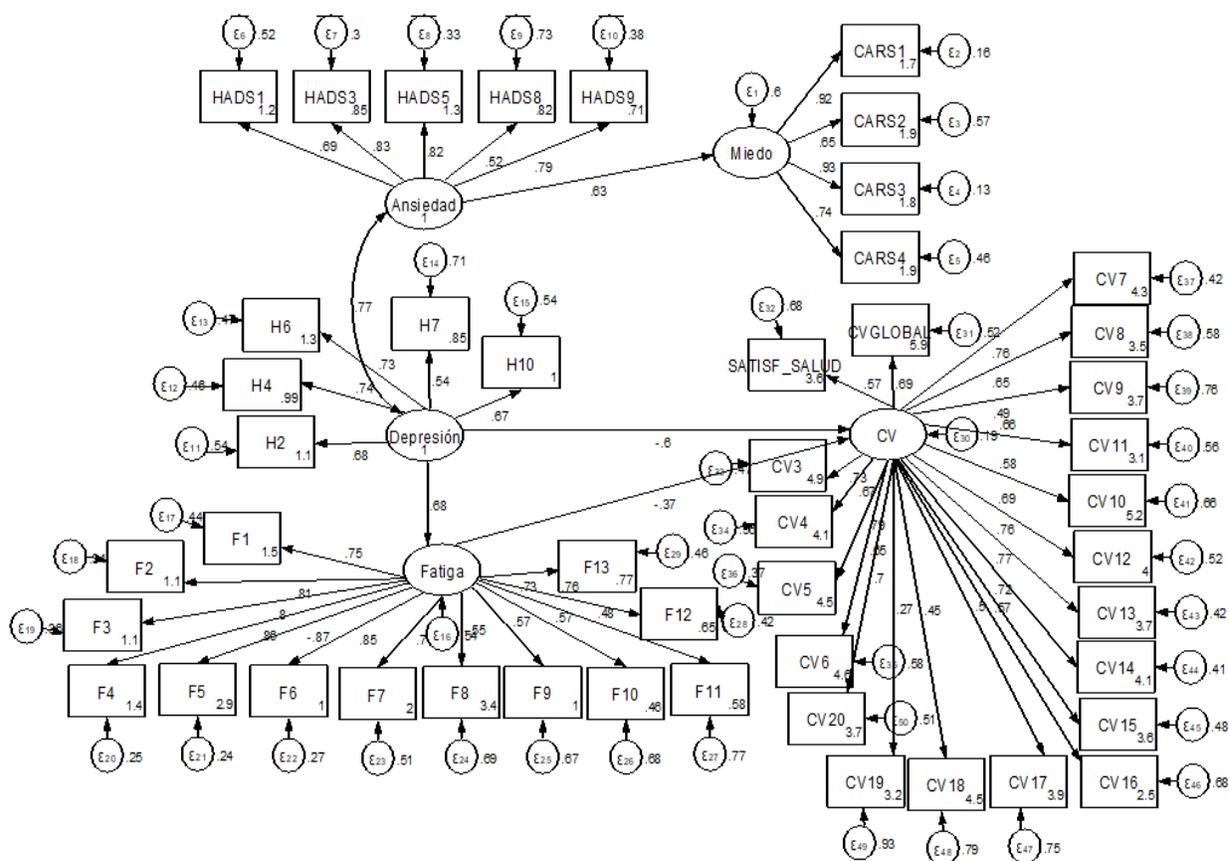


Figura 16. Modelo final sobre miedo a la recurrencia y calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama mexicanas. (N=200). Chi cuadrada=2300, 1029gl, CFI =.795, TLI=.785, SRMR=.075, RMSEA=.079, CD=.978

Tabla 26
Índices de ajuste de los diferentes modelos probados

		Chi 2 (gl)	CMIN	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	CD
Modelo 1	Saturado	2499 (1213)	2.0	.764	.753	.078	.075	.071
Modelo 2	Sin variables sociodemográficas	2300(1029)	2.2	.795	.785	.079	.075	.978
Modelo 3	Sin demográficas, sin Fatiga-CV	2324(1030)	2.2	.792	.781	.079	.072	.980

Discusión.

Los resultados obtenidos aportan evidencia para comprender mejor las afectaciones de las supervivientes de cáncer de mama mexicanas, población que ha sido poco estudiada no solo en nuestro país sino en América Latina. Contrariamente, a nivel mundial ha sido el centro de atención de la última década con diferentes investigaciones para identificar y atender sus necesidades y afectaciones.

Como se ha revisado a lo largo del trabajo de investigación, el miedo a la recurrencia (MR) es la principal afectación reportada por las supervivientes de cáncer y la población mexicana coincide con lo reportado en la literatura hasta el momento, con altos niveles de MR aún en aquellas con más de 10 años de sobrevivida (Howard-Anderson, et al., 2012; Koch-Gallenkamp et al., 2016; NCCN, 2017).

Se observaron síntomas moderados de MR en 43% y extremos en 36% de las supervivientes, similar a lo reportado por van den van den Beuken-van Everdingen et al. (2008) quienes encontraron 56% de supervivientes con índices moderados a extremos igualmente con la escala CARS. Así mismo, Simard et al., (2013), Koch-Gallenkamp et al., (2016) y Thewes et al., (2012) han obtenido cifras parecidas, con 49% 70% y 69% de sus participantes con niveles moderados o graves de MR. Comparando con una población semejante, 53% de una muestra de supervivientes venezolanas ha mostrado niveles moderados de miedo en tanto que 36% presentó niveles graves (Burgos, 2020) dato que resalta aún más considerando que esta muestra de mujeres se asemeja incluso en las características clínicas con 73% sometidas a mastectomía, 87% con quimioterapia y 79% diagnosticadas en etapas II o III.

En cuanto a las preocupaciones específicas derivadas de la posibilidad de una recurrencia del cáncer, la posibilidad de morir es la más prevalente tanto en las supervivientes mexicanas como en la población estadounidense y holandesa donde se ha validado la escala CARS. Se observó también una tendencia de reducción del MR en función de los años de supervivencia, con síntomas más elevados en aquellas que cursan el primer año de supervivencia; si bien este dato no resultó estadísticamente significativo, es relevante considerarlo pues abre la posibilidad a futuros estudios y dicha tendencia ha sido también descrita previamente en diferentes poblaciones (Simonelli et al., 2017; Starreveld et al., 2018).

Si bien todo lo anterior muestra resultados equivalentes a lo reportado en la literatura en torno este síntoma, a diferencia de lo mencionado por Starreveld et al.(2018) y Vickberg (2003), no se observaron diferencias en los niveles de miedo de acuerdo a la edad, etapa clínica, tratamiento recibido o tiempo de supervivencia, pero sí parecen presentar más síntomas graves aquellas que recibieron más de 1 tratamiento en comparación con aquellas que solo recibieron tratamiento adicional a la cirugía (20% vs 9%).

La fatiga ha sido la segunda afectación más reportada por las supervivientes de cáncer con prevalencias de hasta 90%, impactando directamente en su funcionalidad, reintegro laboral y calidad de vida (Bower et al., 2000; Harrington, et al., 2010; Howard-Anderson, et al., 2012; Jones et al., 2016; NCCN, 2017), sin embargo, los resultados obtenidos no coinciden por completo con los reportados, pues 89% de las participantes presentó niveles por debajo del puntaje medio de la escala. Estos resultados pudieran explicarse por la escala en sí misma ya que a pesar de ser uno de los instrumentos más utilizados para medir la fatiga, éste y la mayoría del resto de las escalas

mencionadas en la literatura, no reportan propiedades psicométricas específicas para población superviviente de cáncer, sin embargo, son ampliamente usados en esta población. Esto refleja la necesidad de diseñar y validar instrumentos que reflejen plenamente las necesidades de las supervivientes de cáncer de mama.

A través del tiempo de supervivencia, se observó una ligera tendencia a disminuir dichos síntomas conforme más tiempo de supervivencia exista, lo cual es algo positivo en términos clínicos, pero que difiere a lo planteado por Harrington et al., (2010) quienes encontraron que a los 6 meses de haber concluido el tratamiento la prevalencia era 17%, mientras que a más de 5 años las tasas de prevalencia de fatiga rondaban el 34%. Sin embargo, aún no existe una tendencia homogénea respecto a la trayectoria de este síntoma existiendo reportes tanto de tendencia a disminuir como de aumentar la fatiga a través de los años (Bower et al., 2018).

Respecto a los síntomas de ansiedad y depresión, es importante resaltar las altas prevalencias que coinciden con lo reportado en la literatura de supervivientes de cáncer de mama (Ganz et al. 2013; Philip y Merluzzi, 2016) con puntajes superiores a los puntos medios. Concretamente resaltan los síntomas graves que al compararlos con los resultados obtenidos por Burgos (2020), 7% de las supervivientes venezolanas reportaron síntomas graves de depresión, en comparación con 40% de las mujeres mexicanas, mientras que, para síntomas de ansiedad, los datos son más similares con 23% y 30% respectivamente, mostrando la importancia de considerar las características de cada población, pues a pesar de ser culturalmente similares, las necesidades específicas varían.

Esto se puede notar, por ejemplo, al hablar concretamente del uso de la escala HADS, ya que en esta población observaron niveles muy superiores de ansiedad y depresión a las prevalencias

mencionadas por Abu-Helalah, et al., (2014) y Zainal, et al., 2013 que van de 8% a 14% y de 1% a 22% respectivamente. Así mismo, a diferencia de lo descrito por Champion et al., (2014) o Jarrett et al., (2013), no se encontraron relaciones entre ansiedad o depresión y la edad de las participantes, tiempo de supervivencia, número de comorbilidades, estado civil, ni etapa clínica diagnosticada. Mostrando probablemente que el impacto de la enfermedad y los tratamientos es un fenómeno, que en general impacta y se enfrenta de manera similar en las supervivientes mexicanas, a diferencia de la etapa activa de la enfermedad que suele enfrentarse de formas muy distintas entre las pacientes.

Y a propósito de esto, durante la etapa activa de los tratamientos, suelen existir más recursos que son clave para afrontarla como el apoyo social (García et al., 2009; Lai et al., 2020; Lashbrook et al., 2018; Ravindran et al., 2019), mientras que en la etapa de supervivencia, es probable que dichos recursos vayan disminuyendo, hipótesis que se genera también con base en los testimonios de las participantes, haciendo referencia incluso en ocasiones a la falta de credibilidad y comprensión de síntomas como la fatiga por parte de sus familiares y personas cercanas.

Sin llegar a ser diferencias estadísticamente significativas, se observó un mayor número de supervivientes con síntomas graves de ansiedad en el grupo que recibieron más de un tratamiento para el cáncer (n=45) en comparación con las que solo recibieron 1 tratamiento (n=16), al igual que con el miedo a la recurrencia, similar a lo encontrado por Montiel Castillo et al., (2016) donde observaron mayor número de participantes con depresión sometidas a cirugía radical en comparación con aquellas con cirugía conservadora.

Los elevados niveles de calidad de vida general y de todos los dominios que componen el constructo obtenidos en la presente investigación, coinciden con lo mencionado por Abu-Helalah et al (2014),

Cheng, et al (2016) y Philip y Merluzzi, (2016) los cuales plantean que la calidad de vida no resulta afectada en esta población. Dato que resalta particularmente debido a los altos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de miedo a la recurrencia que presentan las supervivientes de cáncer de mama en general; por esta razón, es importante continuar investigando dicho constructo pues aún no existe unanimidad en los resultados obtenidos, quizá también por la variedad de instrumentos usados para su medición y la falta de un instrumento en concreto para la población descrita.

Retomando el estudio de Durá-Ferrandis et al., (2017), la calidad de vida total en esta muestra parece seguir una trayectoria estable, con puntajes moderados a elevados tanto en aquellas con menos de un año de sobrevida como en aquellas con más de 10 años, sin embargo, al analizar las subáreas que componen la CV, se observa una tendencia de mejoría, siendo las mujeres con menos de un año de supervivencia las que muestran puntajes más bajos en salud física, psicológica y ambiental mientras que aquellas que sobrepasan los 10 años, presentan las medias de puntajes más elevados y el área de relaciones se mantiene sin cambios notorios como también lo muestran dichos autores dentro sus tres trayectorias planteadas para la CV.

Al discutir los resultados obtenidos al probar el modelo teórico, resalta que las correlaciones significativas fueron entre las variables psicológicas y no con las variables sociodemográficas como la planteron Champion et al., (2014), Deimling et al. (2017), Gegechkori et al. (2017), Howard-Anderson et al. (2012) Stanton & Snider (1993) o Syrowatka et al. (2017) por lo que dicho modelo inicial no resultó compatible con la población estudiada, sin embargo, estos resultados son de suma relevancia puesto que representan las características específicas de las supervivientes de cáncer de

mama mexicanas, denotando las diferencias socioculturales y clínicas con otras poblaciones previamente descritas en la literatura; a demás, al hablar de variables psicológicas, que son las que estan mostrando interacciones entre sí, cabe resaltar que estamos hablando de variables modificables y podemos entonces, considerar intervenciones psicológicas específicas para atenderlas.

Resalta también que el miedo a la recurrencia, a pesar de ser un síntoma sumamente relevante y con prevalencias altas, no impacta directamente en la calidad de vida como se sugirió previamente por Koch et al., (2013) lo cual podría estar influenciado por la misma escala de CV, la cual como se mencionó previamente, no esta diseñada específicamente para población superviviente.

Se pudieron corroborar correlaciones entre ansiedad y depresión, ansiedad y miedo a la recurrencia, depresión y fatiga, depresión y calidad de vida, así como fatiga y calidad de vida (Abu-Helalah et al., 2014; Brandão et al., 2017; Deimling et al., 2017; Ganz et al., 2002;2004; Koch-Gallenkamp et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Ziner et al., 2012). Esto permite determinar acciones preventivas como intervenciones que se enfoquen en atender aquellos síntomas que hoy en día sabemos pueden impactar en otras áreas de la vida, así como desencadenar o exacerbar síntomas relacionado. Por ejemplo, una superviviente que en los primeros meses de vigilancia presenta síntomas moderados de ansiedad, tendrá mayor probabilidad de presentar, además, síntomas de depresión, miedo a la recurrencia o pobre calidad de vida por lo que será de suma importancia atenderla me forma oportuna.

Todas estas relaciones y falta de ellas, halladas en la presente investigación, muestran la necesidad de replantear los modelos hasta hoy descritos y adecuarlos con base en las necesidades actuales y de cada población, pues modelos como los propuestos originalmente por Lee-Jones et al., (1997)

para explicar MR o los propuesto por Instituto de Investigación Beckman (2004) o Howard-Anderson et al. (2012) para la calidad de vida, tienen entre 10 y 20 años de antigüedad. Así lo han hecho recientemente Lebel et al., (2018) quienes trabajaron en actualizar el modelo que explica el miedo a la recurrencia del cáncer, encontrando también que las variables sociodemográficas no presentaron relación con el MR o y Maheu et al., (2021) quienes corroboran que el MR es un constructo multidimensional conformado por un conjunto de preocupaciones, que es subconjunto de la variable ansiedad a su vez relacionada con depresión por lo que no se puede tratar a cada de ellas de forma independiente pues en conjunto también, impactan a nivel físico-funcional, emocional y cognitivo.

Finalmente, es relevante considerar el contexto social y de salud en cual se llevó a cabo la última fase de la investigación, pues los resultados pueden y deben explicarse con base en los efectos de la pandemia de COVID-19. Y es que diversos factores como las medidas de confinamiento, el miedo a contraer la enfermedad y las pérdidas de seres queridos con su respectivo proceso de duelo, pudieron influir en la elevación de síntomas de ansiedad o depresión como ya se ha documentado en otras poblaciones (Mink van der Molen et al., 2021) concluyendo que la pandemia y sus consecuencias sociales han repercutido directamente en los síntomas psicológicos de la población superviviente de cáncer.

Por otro lado, estos mismos efectos de la pandemia pudieron influir en los elevados niveles de miedo a la recurrencia, pues como ha mencionado Nekhlyudov et al. (2020) y Papautsky & Hamlish (2021), los retrasos en las citas de seguimiento derivados de las alertas sanitarias y medidas de confinamiento, exacerbaron las preocupaciones por una posible recurrencia de la enfermedad.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran evidencia válida y confiable de las supervivientes de nuestro país, lo que toma aún más importancia al considerar que hasta el momento, no se han descrito datos cuantitativos de esta población que afortunadamente ha sido creciente en las últimas décadas, pero que desafortunadamente presentan un gran número de afectaciones psicosociales derivadas de la enfermedad y sus tratamientos y han sido poco atendidas en el escenario de salud pública.

Como se ha reportado en otras poblaciones, las supervivientes mexicanas, muestran elevados síntomas de miedo a la recurrencia y ansiedad. Las principales preocupaciones en torno a la recurrencia del cáncer están relacionadas con la muerte, el autoconcepto y el bienestar de sus familiares, como lo describen Vickberg (2003) o Anderson et al., (2021) quienes reportaron que las supervivientes latinas mostraron mayores niveles de miedo a la recurrencia y mayores preocupaciones tanto por su familia como por sus responsabilidades dentro del hogar en comparación con otras poblaciones.

De forma contraria a los resultados internacionales, las mujeres mexicanas presentan síntomas depresión más elevados, menores niveles de fatiga y mayores niveles de calidad de vida, lo que abre las puertas a considerar aún más la necesidad de integrar programas de atención a la salud mental en escenarios oncológicos y particularmente en la etapa de supervivencia pues como lo han mencionado Simard & Savard (2015), las supervivientes con niveles clínicos de miedo a la recurrencia son significativamente más propensas (60%) a cumplir con criterios para algún trastorno psiquiátrico en comparación con aquellas con síntomas leves (29%).

Con los datos obtenidos se corroboran las hipótesis 1, 2 y 3 de investigación, es decir presencia de altos niveles de miedo a la recurrencia, depresión y ansiedad, sin embargo, no se pueden corroborar las hipótesis 4, 5, 6 y 8 que plateaban elevados síntomas de fatiga, bajos niveles de calidad de vida, una relación negativa entre MR y CV y una relación entre variables sociodemográficas y las variables desenlace. Ante lo cual deben considerarse investigaciones futuras quizá con mayor número de participantes que permitan generar también análisis entre grupos e incluso usar diseños longitudinales.

Finalmente, la hipótesis 7 se prueba parcialmente ya que no todas las variables psicológicas se relacionaron entre sí, pero si se observó relación entre síntomas de ansiedad y MR, síntomas de ansiedad y depresión, depresión y CV, así como Fatiga y CV.

Entonces, tal como lo menciona Philip y Merluzzi (2016), a pesar de que las supervivientes de cáncer parecen ajustarse bien a la vida cotidiana después de los tratamientos y a lo largo del tiempo, presentan síntomas elevados de ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia, por lo que es importante atender a dicha población de manera oportuna y de acuerdo a sus propias necesidades, las cuales, de no atenderse, podrían convertirse en un problema de salud pública; pues la población de supervivientes presenta una tendencia de crecimiento para los siguientes años y tanto en México como en Latinoamérica no ha sido tan relevante en temas de atención clínica ni de investigación.

Resaltando por último aún más, la importancia de desarrollar intervenciones específicas basadas en evidencia que ayuden a mejorar las condiciones de esta población y políticas públicas en materia de salud que se centren en las necesidades de esta y cada una de las poblaciones enfermas, no solo desde el ámbito curativo sino preventivo. Pues no se debe olvidar, que como lo menciona desde

1996 el Grupo de la OMS sobre la calidad de Vida, la atención no debe limitarse a la enfermedad, las discapacidades y los síntomas sino ahondar también en determinar y atender la manera en que las enfermedades afectan a la gente.

Si eso se lleva a cabo no solo en los escenarios clínicos sino con la población general, haremos un gran avance en nuestra sociedad y cultura de salud, pues dar a conocer a la población general más acerca de las consecuencias que deja el cáncer, se pueden fomentar cambios en los estilos de vida que ayuden a reducir los factores de riesgo de desarrollar la enfermedad y a su vez, la reintegración de las supervivientes a la vida cotidiana puede resultar menos difícil; si los empleadores, familiares y sociedad en general es más consciente de todas las afectaciones de largo plazo que presenta un superviviente de cáncer podrá mostrar más empatía y apoyo.

Limitaciones y perspectivas futuras.

Una de las principales limitaciones de este estudio radica en la forma en la cual se recabo la muestra, si bien se ha explicado la necesidad de ajustar la metodología debido a las medidas de confinamiento por la pandemia de COVID-19, el uso de medios electrónicos limita el acceso a la población, particularmente en escenarios como nuestro país donde el acceso a internet o medios tecnológicos es aún bastante limitado. Por ello se sugiere al momento de replicar el estudio considerar ambas formas de acceso a la muestra, tanto de forma electrónica como presencial.

De esta forma se podrá también aumentar considerablemente el número de participantes, que es otra de las limitaciones, aumentar la muestra permitiría realizar análisis estadísticos diferentes y probablemente reflejaría un cambio en los resultados obtenidos del modelo evaluado.

Para poder comprender mejor la relación entre variables y corroborar o considerar otras explicaciones, se sugiere, al igual que se mencionó en la fase 1, evaluar los estilos de afrontamiento de estas mujeres e incluso de sus parejas o familiares cercanos que funjan como apoyo principal o cuidador primario, ya que es probable que dichas estrategias les permiten mantener adecuados niveles de calidad de vida a pesar de los síntomas elevados. La importancia de evaluar esta variable ya ha sido previamente descrita en estudios como el de De Vries et al., (2014), Lai et al., (2020) Lashbrook et al., (2018), Mutsaers et al. (2016) o Simonelli et al. (2017). Así mismo resulta importante integrar la evaluación de la toxicidad financiera de una manera confiable y válida pues como lo ha mencionado Irarrázaval et al. (2016) la constante preocupación por el futuro y las dificultades económicas se relacionan al permanente temor de recidiva.

A este respecto, se debe considerar el uso de instrumentos válidos y confiables específicos para la población superviviente de cáncer y cáncer de mama ya que es posible que, en el presente estudio, dicha falta de especificidad de las escalas influyera en los bajos niveles de fatiga o los niveles de calidad de vida.

Y otro aspecto que puede considerarse para mejorar los resultados obtenidos es el desarrollo de estudios longitudinales que permitan diferentes tiempos de evaluación con el fin de entender mejor las relaciones, trayectorias y factores predictores de las variables psicológicas, pues como lo mencionan Simonelli et al., (2017) una de las principales críticas a la evaluación actual de síntomas como miedo a la recurrencia, ansiedad, depresión o calidad de vida es el uso de diseños transversales que permiten obtener información en un solo momento.

En el presente estudio, dicho aspecto ha limitado la observación objetiva de los cambios de dichos síntomas a través del tiempo de supervivencia y de poder considerar factores externos que pudieron influir en la evaluación de ese momento.

Finalmente, hay que destacar la importancia de realizar trabajos como el presente, directamente en los escenarios clínicos, los cuáles en primer lugar, no serían posibles de no existir convenios entre las instituciones académicas y hospitalarias, esfuerzos en conjunto que hoy en día cobran más importancia al ser el psicólogo parte indispensable del equipo de atención a la salud. Entonces, perpetuar los trabajos clínicos y de investigación dentro del área de la salud y el ámbito específico de la psicooncología deben ser una prioridad. Los resultados obtenidos abren un sinfín de posibilidades de investigación y atención, necesaria y urgente, para las mujeres supervivientes de cáncer de mama, pues la fase de sobrevida no representa el fin de la enfermedad, es quizá, solo el final de los tratamientos y el inicio de una nueva etapa llena de incertidumbre, ajustes y sobreesfuerzos.

No podemos entonces, olvidar nuestros compromisos tanto profesionales como psicólogos y como universitarios, de transformar los conocimientos adquiridos para utilidad y bienestar de la sociedad, así como organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales. Y hoy, el cáncer de mama es un problema nacional.

Referencias

- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K. N., Patrick, D. L., Perrin, E., & Stein, R. E. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *11*(3), 193-205.
- Abrahams, H. J. G., Gielissen, M. F. M., Donders, R. R. T., Goedendorp, M. M., van der Wouw, A. J., Verhagen, C. A. H. H. V. M., & Knoop, H. (2017). The efficacy of Internet-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued survivors of breast cancer compared with care as usual: A randomized controlled trial. *Cancer*, *123*(19), 3825–3834. <https://doi.org/10.1002/cncr.30815>
- Ahmed, K., Marchand, E., Williams, V., Coscarelli, A., & Ganz, P. A. (2016). Development and pilot testing of a psychosocial intervention program for young breast cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, *99*(3), 414–420. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.014>
- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence-based medicine. *Archives of Disease in Childhood*, *90*(8), 837-840. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.071761>
- Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer “patient” to “survivor.” *Psycho-Oncology*, *18*(1), 71–78. <https://doi.org/10.1002/pon.1380>
- American Cancer Society. (s/f). Cancer Facts & Figures 2021 Recuperado el 31 de mayo de 2021, de <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>
- American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2019-2021. Atlanta: American Cancer Society; 2019.

- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures for Hispanics/Latinos 2018-2020. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2018.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Atema, V., van Leeuwen, M., Oldenburg, H. S. A., Retèl, V., van Beurden, M., Hunter, M. S., & Aaronson, N. K. (2016). Design of a randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavioral therapy for treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors. *BMC Cancer, 16*. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2946-1>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología, 29*(3), 1038-1059.
- Bargon, C. A., Batenburg, M. C. T., van Stam, L. E., Mink van der Molen, D. R., van Dam, I. E., van der Leij, F., Baas, I. O., Ernst, M. F., Maarse, W., Vermulst, N., Schoenmaeckers, E. J. P., van Dalen, T., Bijlsma, R. M., Young-Afat, D. A., Doeksen, A., & Verkooijen, H. M. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient-Reported Outcomes of Breast Cancer Patients and Survivors. *JNCI Cancer Spectrum, 5*(1). <https://doi.org/10.1093/jncics/pkaa104>
- Barojas, S. A. (2006). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Red Salud en Tabasco. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=yHBMAQAACAAJ>
- Barón López, F. J., & Tellez Montiel, F. (2004). Regresión múltiple. En *Apuntes de bioestadística*. Universidad de Málaga.

- Berglund, G., Bolund, C., Fornander, T., Rutqvist, L. E., & Sjødén, P.-O. (1991). Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 27(9), 1075–1081. [https://doi.org/10.1016/0277-5379\(91\)90295-O](https://doi.org/10.1016/0277-5379(91)90295-O)
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147–160. <https://doi.org/10.1002/pon.794>
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 18(4), 743–753. <https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.4.743>
- Bower, J. E., Wiley, J., Petersen, L., Irwin, M., Cole, S. W., & Ganz, P. A. (2018). Fatigue after breast cancer treatment: Biobehavioral predictors of fatigue trajectories. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(11), 1025–1034. <https://doi.org/10.1037/hea0000652>
- Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices. *Diagnostica*, 53(2), 83-96.
- Bernstein, G.A. & Kinlan, J. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1639-1641.
- Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J., Ganz, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*, 121(8), 1231–1240. <https://doi.org/10.1002/cncr.29194>

- Butow, P. N., Bell, M. L., Smith, A. B., Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Mihalopoulos, C. (2013). Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer*, *13*, 201. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-201>
- Butow, P., Sharpe, L., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., & Beith, J. (2018). Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, *32*(1), 32-38.
- Callari, A., Mauri, M., Miniati, M., Mancino, M., Bracci, G., Dell’Osso, L., & Greco, C. (2013). Treatment of depression in patients with breast cancer: a critical review. *Tumori*, *99*(5), 623–633. <https://doi.org/10.1700/1377.15313>
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(3), 171–180. <https://doi.org/10.1002/pon.1050>
- Campbell, K. L., Pusic, A. L., Zucker, D. S., McNeely, M. L., Binkley, J. M., Cheville, A. L., & Harwood, K. J. (2012). A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. *Cancer*, *118*(8 Suppl), 2300–2311. <https://doi.org/10.1002/cncr.27464>
- Carlson, L. E., & Garland, S. N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, *12*(4), 278–285. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1204_9
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., Noe-Grijalva, M., Barboza-Palomino, M., Gallegos, W. L. A., Reyes-Bossio, M., & Rojas-Jara, C. (2018). Evidencias psicométricas iniciales de una medida breve sobre preocupación por el cáncer. *Psicooncología*, *15*(2), 315–325. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61438>

- Cella, D. (1997). The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Seminars in Hematology*, 34(3 Suppl 2), 13-19.
- Champion, V. L., Wagner, L. I., Monahan, P. O., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A., ... Sledge, G. W. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, 120(15), 2237-2246. <https://doi.org/10.1002/cncr.28737>
- Cheng, H., Sit, J. W. H., & Cheng, K. K. F. (2016). A mixed-methods exploration of the quality of life of Chinese breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(3), 240–257. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1161689>
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: and Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Council, I. of M. and N. R. (2005). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Retrieved from <https://www.nap.edu/catalog/11468/from-cancer-patient-to-cancer-survivor-lost-in-transition>
- Deimling, G. T., Brown, S. P., Albitz, C., Burant, C. J., & Mallick, N. (2017). The relative importance of cancer-related and general health worries and distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(2), 182–190. <https://doi.org/10.1002/pon.4015>
- De Vries, J., Den Oudsten, B. L., Jacobs, P. M. E. P., & Roukema, J. A. (2014). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: A focus group study. *Supportive Care in Cancer: Official*

Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 22(3), 705–712.
<https://doi.org/10.1007/s00520-013-2025-y>

Duijts, S. F. A., Faber, M. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20(2), 115–126. <https://doi.org/10.1002/pon.1728>

Durá-Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G., ... Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-Oncology*, 26(11), 1914–1921. <https://doi.org/10.1002/pon.4404>

Escobedo Portillo, M. T., Hernández Gómez, J. A., Estebané Ortega, V., & Martínez Moreno, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 16-22. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>

Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research: BCR*, 9(4), R44. <https://doi.org/10.1186/bcr1744>

Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. «Ben», ... Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 10(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase

No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, Recuperado el 21 Marzo 2016

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 <https://gco.iarc.fr/today>

Ferrell, B. R., & Hassey Dow, K. (1997). Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 11(4), 565–568, 571, 575–576.

Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., Álvarez Avitia, M. Á., Alvarado Aguilar, S., Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., Álvarez Avitia, M. Á., & Alvarado Aguilar, S. (2015a). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>

Galindo Vázquez, O., Meneses García, A., Herrera Gómez, A., Caballero Tinoco, M. del R., & Aguilar Ponce, J. L. (2015b). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: Propiedades psicométricas. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(2–3), 383–392.

Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruíz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta de México*, 156(4), 4607. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>

Galindo Vázquez, Ó., Rojas Castillo, E., Benjet, C., Meneses García, A., Aguilar Ponce, J. L., & Alvarado Aguilar, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer:

una revisión. *Psicooncología*, 11(2–3), 233–241. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47385

Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39–49.

Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., ... Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376–387.

Garduño, C., Sánchez-Sosa, J. J., & Riveros, A. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69–80.

Gegechkori, N., Haines, L., & Lin, J. J. (2017). Long-Term and Latent Side Effects of Specific Cancer Types. *The Medical Clinics of North America*, 101(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.003>

Gil Moncayo, F. L., Costa Requena, G., Javier Pérez, F., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90–92. <https://doi.org/10.1157/13115354>

Giardini, A., Pisoni, C., Giorgi, I., Borelli, V., Scoccia, E., & Majani, G. (2013). ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2453–2460. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1794-7>

Glaus, A. (2012). *Fatigue in Patients with Cancer: Analysis and Assessment*. Springer Science & Business Media.

- Gospodarek, Robert Eugene, "The psychosocial impact of breast cancer recurrence" (2009). Master's and Doctoral Projects. Paper 320. <http://utdr.utoledo.edu/graduate-projects/320>
- Grupo de La OMS sobre La calidad de vida. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 1995, **41**:1403-1409.
- Grupo de la OMS sobre la calidad de Vida. (1996). La gente la Salud ¿Qué Calidad de Vida? 17. Foro Mundial de la Salud.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163–181. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>
- Harris, J., Cornelius, V., Ream, E., Cheevers, K., & Armes, J. (2017). Anxiety after completion of treatment for early-stage breast cancer: a systematic review to identify candidate predictors and evaluate multivariable model development. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2321-2333. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3688-6>
- Haase, K. R., Kain, D., Merchant, S., Booth, C., Koven, R., Brundage, M., & Galica, J. (2021). Older survivors of cancer in the COVID-19 pandemic: Reflections and recommendations for future care. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(3), 461–466. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.11.009>
- Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Henrich, G. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*:

Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 18(4), 471–479.

<https://doi.org/10.1007/s00520-009-0696-1>

Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E., & Stanton, A. L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review.

Journal of the National Cancer Institute, 104(5), 386–405. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr541>

Huang, J., & Shi, L. (2016). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 209.

<https://doi.org/10.1186/s13063-016-1335-z>

Hummel, S. B., van Lankveld, J. J., Oldenburg, H. S., Hahn, D. E., Broomans, E., & Aaronson, N. K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 15.

<https://doi.org/10.1186/s12885-015-1320-z>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado el 1 de marzo de 2016, de http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Instituto Nacional de Cancerología. (2018). Registro de Supervivientes de cáncer en México. Datos internos

INEGI (2020). Defunciones de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2020.

Recuperado el 9 de octubre de 2021, de

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_05_c3c4d173-e775-43a4-82f5-4e4d07215c4f

International Agency of research on cancer. (septiembre de 2018). Global cancer observatory.

Recuperado de https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=904_900_484&key=asr&sex=0&cancer=39&type=2&statistic=1&prevalence=1&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items

Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J. E., Bubela, N., & Thompson, L. (1994). The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. A comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. *Cancer Nursing, 17*(5), 367–378.

Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. L. (2011). Consideration of quality of life in cancer survivorship research. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 20*(10), 2035–2041. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0563>

Jarrett, N., Scott, I., Addington-Hall, J., Amir, Z., Brearley, S., Hodges, L., Foster, C. (2013). Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 17*(5), 510–520. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.03.003>

Jaume, M. J. R., & Catalá, R. M. (2001). Estadística informática: casos y ejemplos con el SPSS. Universidad de Alicante. Recuperado de

<https://books.google.com.mx/books?id=BIIOAgAACAAJ>

Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 61*(2), 69–90. <http://doi.org/10.3322/caac.20107>

- Jemal, A., Center, M. M., DeSantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *19*(8), 1893–1907. <http://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0437>
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. *Health communication*, *30*(6), 566–576. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>
- Jones, J. M., Olson, K., Catton, P., Catton, C. N., Fleshner, N. E., Krzyzanowska, M. K., Howell, D. (2016a). Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, *10*(1), 51–61. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0450-2>
- Justo, N., Wilking, N., Jönsson, B., Luciani, S., & Cazap, E. (2013). A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *The Oncologist*, *18*(3), 248–256. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0373>
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(7), 936–943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, *104*(12), 2872–2881. <https://doi.org/10.1002/cncr.21532>

- Kangas, M., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2008). *Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients*. Centre for Reviews and Dissemination (UK). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0026288/>
- Khan, F., Amatya, B., Ng, L., Demetrios, M., & Pallant, J. F. (2012). Relevance and completeness of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) comprehensive breast cancer core set: the patient perspective in an Australian community cohort. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *44*(7), 570–580. <https://doi.org/10.2340/16501977-0972>
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors--a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, *22*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczek, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors-Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *35*(12), 1329–1333. <https://doi.org/10.1037/hea0000374>
- Kokavec, A. (2016). Community Based Psychosocial Education Can Improve Mood Disturbance in Breast Cancer Survivors at Various Stages of Their Recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *44*(6), 730–736. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000187>
- Lai, H.-L., Hung, C.-M., Chen, C.-I., Shih, M.-L., & Huang, C.-Y. (2020). Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *European Journal of Cancer Care*, *29*(1), e13161. <https://doi.org/10.1111/ecc.13161>

- Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N., & Bernardes, C. M. (2018). Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A Literature Review. *Cancer Nursing*, 41(5), E23–E39. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528>
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.02.002>
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., Widen, R. H., Fitzgerald, S. G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C. E., & Kip, K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1261–1272. <https://doi.org/10.1002/pon.1529>
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C. Kip, K. E. (2016). Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(24), 2827–2834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>
- Lengacher, C. A., Shelton, M. M., Reich, R. R., Barta, M. K., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M. S., Kip, K. E. (2014). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR BC) in Breast Cancer: Evaluating Fear of Recurrence (FOR) as a Mediator of Psychological and Physical Symptoms in a Randomized Control Trial (RCT). *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 185–195. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9473-6>

- Lim, C. C., Devi, M. K., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(3), 215–235. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x>
- 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), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- López, C. P. (2005). Muestreo estadístico: conceptos y problemas resueltos. Pearson-Prentice Hall. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=OP7xAAAACAAJ>
- López Pérez, M., Polaino-Lorente, A. & Arranz, P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 423-428
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R., & Golden, D. (2019). Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713–724. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>
- Lozano-Lozano, M., Martín-Martín, L., Galiano-Castillo, N., Álvarez-Salvago, F., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Arroyo-Morales, M. (2016). Integral strategy to supportive care in breast cancer survivors through occupational therapy and a m-health system: design of a randomized clinical trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16, 150. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0394-0>
- Maass, S. W. M. C., Boerman, L. M., Verhaak, P. F. M., Du, J., de Bock, G. H., & Berendsen, A. J. (2019). Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: A cross-sectional study. *Maturitas*, 130, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.003>

- Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010>
- Maheu, C., Singh, M., Tock, W. L., Eyrenci, A., Galica, J., Hébert, M., Frati, F., & Estapé, T. (2021). Fear of Cancer Recurrence, Health Anxiety, Worry, and Uncertainty: A Scoping Review About Their Conceptualization and Measurement Within Breast Cancer Survivorship Research. *Frontiers in Psychology*, 12, 1129. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644932>
- Mao, H., Bao, T., Shen, X., Li, Q., Seluzicki, C., Im, E.-O., & Mao, J. J. (2018). Prevalence and Risk Factors for Fatigue Among Breast Cancer Survivors on Aromatase Inhibitors. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 101, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.06.009>
- McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247–263.
- Mink van der Molen, D. R., Bargon, C. A., Batenburg, M. C. T., Gal, R., Young-Afat, D. A., van Stam, L. E., van Dam, I. E., van der Leij, F., Baas, I. O., Ernst, M. F., Maarse, W., Vermulst, N., Schoenmaeckers, E. J. P., van Dalen, T., Bijlsma, R. M., Doeksen, A., & Verkooijen, H. M. (2021). (Ex-)breast cancer patients with (pre-existing) symptoms of anxiety and/or depression experience higher barriers to contact health care providers during the COVID-19 pandemic. *Breast Cancer Research and Treatment*, 186(2), 577–583. <https://doi.org/10.1007/s10549-021-06112-y>
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.

- Montiel Castillo, V. E., Álvarez Reyes, O. L., Guerra Morales, V. M., Herrera Jiménez, L. F., & Hernández Castillo, E. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *MEDISAN*, 20(2), 184–191.
- Momino, K., Akechi, T., Yamashita, T., Fujita, T., Hayahi, H., Tsunoda, N., ... Iwata, H. (2014). Psychometric Properties of the Japanese Version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(5), 456-462. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyu032>
- Morrow, G. R., Shelke, A. R., Roscoe, J. A., Hickok, J. T., & Mustian, K. (2005). Management of cancer-related fatigue. *Cancer Investigation*, 23(3), 229–239.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273. <https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421>
- Mustafa, M., Carson-Stevens, A., Gillespie, D., & Edwards, A. G. (2013). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004253.pub4/abstract>
- Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Séguin Leclair, C., Petricone-Westwood, D., Simard, S., & Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: A qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4207–4218. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3248-5>
- National Comprehensive Cancer Network. (2017). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Survivorship*.

National Cancer Institute. Survivorship Definitions (2016). Recuperado el 25 de noviembre de 2017, de <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/definitions.html>

National Cancer Institute. (8 de febrero de 2019). National Cancer Institute. Division of cancer control & population sciences. Recuperado el 18 de abril de 2019, de <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/statistics.html>

National Cancer Institute. (2019). National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and end Results Program. Recuperado el 18 de abril de 2019, de <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>

National Cancer Institute. (2021) Statistics - Office of Cancer Survivorship. Recuperado el 31 de marzo de 2018, de <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/statistics.html>

National Coalition for Cancer Survivorship. 2014. The NCCS Definition of a «Cancer Survivor» [Internet]. NCCS - [citado 18 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0076](https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship/Neefjes, E. C. W., van der Vorst, M. J. D. L., Blauwhoff-Buskermolen, S., & Verheul, H. M. W. (2013). Aiming for a better understanding and management of cancer-related fatigue. <i>The Oncologist</i>, 18(10), 1135–1143. <a href=)

Nekhlyudov, L., Duijts, S., Hudson, S. V., Jones, J. M., Keogh, J., Love, B., Lustberg, M., Smith, K. C., Tevaarwerk, A., Yu, X., & Feuerstein, M. (2020). Addressing the needs of cancer survivors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Cancer Survivorship*, 1–6. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00884-w>

Ness, K. K., Wall, M. M., Oakes, J. M., Robison, L. L., & Gurney, J. G. (2006). Physical Performance Limitations and Participation Restrictions Among Cancer Survivors: A Population-Based Study. *Annals of Epidemiology*, 16(3), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.01.009>

- Ng, D., Chan, F., Barry, T., Lam, C., Chong, C., Kok, H., Liao, Q., Fielding, R., & Lam, W. (2020). Psychological distress during the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic among cancer survivors and healthy controls. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5437>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I. (2018). *Teoría psicométrica* / J.C. Nunnally, Ira J. Bernstein ; tr. por Jorge Alberto Velázquez Arellano.
- Oers, H. V., & Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice*, 55(6), 525–529. <http://doi.org/10.1080/20786204.2013.10874411>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Cáncer. Nota descriptiva N°297. Recuperado el 18 de marzo de 2018, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Recuperado el 29 de abril de 2018, de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Cáncer de mama. Recuperado el 9 de octubre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Ornelas Mejorada, R. E. (2013). Efectos de una intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología UNAM. México.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13–34. <https://doi.org/10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L>

- Philip, E. J., & Merluzzi, T. V. (2016). Psychosocial Issues in Post-treatment Cancer Survivors: Desire for Support and Challenges in Identifying Individuals in Need. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(3), 223–239. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1157716>
- Post, K. E., & Flanagan, J. (2016). Web based survivorship interventions for women with breast cancer: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 25, 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.10.004>
- Reuter, K., Raugust, S., Marschner, N., & Härter, M. (2007). Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16(3), 222–230. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00744.x>
- Ramírez-Orozco, M., Galindo Vázquez, O., Bargalló Rocha, J. E., Costas-Muñiz, R., Suchil Bernal L., Meneses García, A. (En prensa). Propiedades Psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en supervivientes de cáncer de mama mexicanas. *Psicología y Salud*.
- Ramírez Orozco, Rojas Russell, M. E., M., Galindo Vázquez, O., Costas-Muñiz, R., Robles García, R., Bargalló Rocha, J. E. & Meneses García, A., (2021). Concerns About Cancer Recurrence in Mexican Breast Cancer Survivors, CARS Scale validation [Manuscrito enviado para publicación]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ravindran, O. S., Shankar, A., & Murthy, T. (2019). A Comparative Study on Perceived Stress, Coping, Quality of Life, and Hopelessness between Cancer Patients and Survivors. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(3), 414–420. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_1_19
- Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., Ganz, P. A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast

Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 43–73.

<https://doi.org/10.3322/caac.21319>

Sant, M., Chirlaque Lopez, M. D., Agresti, R., Sánchez Pérez, M. J., Holleczeck, B., Bielska-Lasota, M., ... EUROCARE-5 Working Group: (2015). Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999-2007: Results of the EUROCARE-5 study. *European Journal of Cancer* (Oxford, England: 1990), 51(15), 2191-2205. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.07.022>

Sebastián, J., Manos , D., Bueno , M., & Mateos , N. (2007). Imágen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 41(2), 112-120.

Secretaria de Salud. (2014). Dirección General de Epidemiología. Recuperado el 1 de marzo de 2016, de Anuario de Morbilidad 1984-2014:

<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

Secretaría de Salud. (s.f.). *Secretaría de Salud*. Recuperado en abril de 2017, de Dirección general de Planeación y Desarrollo en Salud:

www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf

Sharpless, N. E. (2020). COVID-19 and cancer. *Science*, 368(6497), 1290–1290.

<https://doi.org/10.1126/science.abd3377>

Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(3), 241–251.

<https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>

- Simard, S., & Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 9(3), 481–491. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0424-4>
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 7(3), 300–322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., van Helmond, S. J., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI). *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 13, 1257–1268. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S231577>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2012). Monográfico SEOM de largos supervivientes en cáncer Ia parte. Madrid.
- Sorenson MS.x| 1994. Psychosocial factors in quality of life for long-term survivors of breast cancer and their spouses. *Dissertation Abstracts Int (B)* 55: 607.
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 12(1), 16–23.
- Starreveld, D. E. J., Markovitz, S. E., van Breukelen, G., & Peters, M. L. (2018). The course of fear of cancer recurrence: Different patterns by age in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(1), 295–301. <https://doi.org/10.1002/pon.4505>
- Stuart, K., Brennan, M., French, J., Houssami, N., & Boyages, J. (2006). Life after breast cancer. *Australian Family Physician*, 35(4), 219–224.

- The Cancer Atlas. (s/f). Cancer Survivorship. Recuperado el 9 de octubre de 2021, de <http://canceratlas.cancer.org/rky>
- The NCCS Definition of a «Cancer Survivor». (2014, julio 24). Recuperado 18 de noviembre de 2018, de <https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship/>
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Committee, the F. S. A. (2012a). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2651–2659. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1371-x>
- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S., & Gotay, C. (2012b). Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*, 21(6), 571–587. <https://doi.org/10.1002/pon.2070>
- Van Helmond, S. J., van der Lee, M. L., & de Vries, J. (2016). Study protocol of the CAREST-trial: a randomised controlled trial on the (cost-) effectiveness of a CBT-based online self-help training for fear of cancer recurrence in women with curatively treated breast cancer. *BMC Cancer*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2562-0>
- Van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., Peters, M. L., de Rijke, J. M., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: a validation and prevalence study. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1137-1145. <https://doi.org/10.1002/pon.1340>
- van Muijen, P., Duijts, S. F. A., Bonefaas-Groenewoud, K., van der Beek, A. J., & Anema, J. R. (2017). Predictors of fatigue and work ability in cancer survivors. *Occupational Medicine*, 67(9), 703-711. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx165>

- Vickberg, S. M. J. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 25(1), 16–24.
- viewcontent.pdf. (n.d.). Retrieved from <http://utdr.utoledo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1319&context=graduate-projects>
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2958. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Vogelzang, N. J., Breitbart, W., Cella, D., Curt, G. A., Groopman, J. E., Horning, S. J., ... Portenoy, R. K. (1997). Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. *Seminars in Hematology*, 34(3 Suppl 2), 4–12.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Webster, K., Cella, D., & Yost, K. (2003). The functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) measurement system: properties, applications and interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(79), 1-7
- Wei, D., Liu, X.-Y., Chen, Y.-Y., Zhou, X., & Hu, H.-P. (2016). Effectiveness of Physical, Psychological, Social, and Spiritual Intervention in Breast Cancer Survivors: An Integrative Review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 226–232. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.189813>
- World Health Organization, (2017). Recuperado el Abril de 2017, de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/

- WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. (s/f). Recuperado el 5 de junio de 2021, de <https://covid19.who.int>
- WHO Mexico: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. (s/f). Recuperado el 5 de junio de 2021, de <https://covid19.who.int>
- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL) *Qual Life Res.* 1993; 2:153–159
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998; 28:551–558
- World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. (1998). *Social Science & Medicine (1982)*, 46(12), 1569–1585.
- Yang, E. J., Kim, B., Shin, H. I., & Lim, J. (2012). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a Functional Assessment Tool for Breast Cancer Survivors. *Journal of Breast Cancer*, 15(1), 43–50. <https://doi.org/10.4048/jbc.2012.15.1.43>
- Zainal, N. Z., Nik-Jaafar, N. R., Baharudin, A., Sabki, Z. A., & Ng, C. G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 14(4), 2649–2656.
- Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Health status evaluation with the SF-36 Survey: preliminary results in Mexico. *Salud Pública de México*, 41(2), 110–118. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341999000200005>

Anexos

Tabla 3
Artículos obtenidos de la revisión de la literatura

Autor/Año	Diseño /Muestra	Escalas	Principales afectaciones	Asociaciones y/o predicciones
Abrahams, Gielissen, Verhagen y Knoop (2018).	RS ⁶ : 57 estudios	<ul style="list-style-type: none"> – EORTC QOL⁷ C-30, subescala de fatiga. – SF-36⁸ – Piper Fatigue Scale 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuerte relación negativa entre altos niveles de fatiga y funcionamiento físico, cognitivo, emocional, de roles y social. • Evidencia moderada a fuerte de relación entre altos niveles fatiga y bajos niveles de calidad de vida. Así mismo con síntomas depresivos, ansiedad, distrés, pobre calidad de sueño, mayor dolor y catastrofización de síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de diferentes instrumentos para medir fatiga representa una limitación y puede involucrar diferentes conceptos. • Se requiere investigación futura para identificar mediadores de los efectos de tratamiento que permitan explorar que elementos de la intervención funcionan con cada paciente. <p>No se reporta</p>
Barnett et al., (2016)	RS: 38 estudios Población joven		<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, miedo a la recurrencia, falta de información acerca de la recurrencia y efectos secundarios de largo plazo. • Preocupaciones por: trabajo, estudio, dolor, fatiga, sexualidad, fertilidad, conductas de riesgo (fumar, ejercicio) y estado general de salud. 	
Brandão, Schulz, & Matos (2017)	RS: 42 artículos	<ul style="list-style-type: none"> – WHOQOL⁹ – General Health Questionnaire – HADS – CES-D 	<ul style="list-style-type: none"> • No se reporta 	<ul style="list-style-type: none"> - Rasgo de ansiedad, fatiga, apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento predicen mayores síntomas depresivos y ansiosos, distrés y calidad de vida. - Mayor edad predice mayor calidad de vida, menor depresión y distrés. - Quimioterapia se asocia con menor calidad de vida.

⁶ Revisión Sistemática

⁷ European Organisation for Research and Treatment of Cancer

⁸ SF-36 Health Survey

⁹ World Health Organisation Quality of Life

(Brandenburg et al., 2019)	RS n=20 artículos	<ul style="list-style-type: none"> - HADS, CES-D - BSI¹⁰, UW-QOL¹¹ - SF, BDI¹² - PHQ¹³ - SDS¹⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión (5.4%-49%), ansiedad (3.4%-43%), distrés (4.3%-11%) 	No se reporta
(Crane et al., 2019)	Longitudinal n=293 SupCaMa ¹⁵ latinas	<ul style="list-style-type: none"> -CES-D, STAI --PROMIS, GSDS¹⁶ - QOL Br-23 (bienestar social) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 trayectorias para depresión: baja-moderada estable (78%), alta con mejoría (7%) y alta estable (15%). • Ansiedad: baja estable (73%), alta con mejoría (18%) y alta con decaída (9%). • Capacidad física deteriorada (28%), dificultad para cargar objeto pesados (62%), afectaciones cognitivas como aprender cosas nuevas (20%), fatiga, bochornos, problemas de afrontamiento, fatiga, síntomas menopáusicos. depresión y ansiedad son las principales afectaciones reportadas, interfiriendo en funcionalidad laboral autoconfianza y autoestima. 	Trayectorias de ansiedad y depresión $p<0.01$). Depresión y ansiedad con síntomas de distrés, niveles de depresión y estado civil ($p<0.01$).
Duijts et al., (2014)	RS: Medline, Psychinfo, Embase y Cinahl, enero 2000-Mazo 2013 30 estudios (20 cuantitativos, 10 cualitativos) 17 con sobrevivientes de Ca de mama			Las afectaciones reportadas en los estudios revisados podrían usarse para desarrollar intervenciones que apoyen a los supervivientes de cáncer a reincorporarse a la vida laboral de mejor forma.
(Fallowfield & Jenkins, 2015)	Descriptivo	No se reporta	Ansiedad (17.9%), depresión (11.6%), fatiga (30%), problemas sexuales (70%) y cognitivos,	No se reporta

¹⁰ Brief Symptom Inventory

¹¹ University of Washington Quality of Life Questionnaire.

¹² Beck Depression Inventory

¹³ Patient Health Questionnaire

¹⁴ Sheehan Disability Scale

¹⁵ Supervivientes de cáncer de mama

¹⁶ The General Symptom Distress Scale

Fischer, Dolbeault, Sultan, & Brédart, 2014	RS: CINHAL, PubMed/Medline y PsycInfo. enero de 2000 a diciembre 2012 23 estudios cuantitativos, todas las etapas de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - SCNS-SF 34¹⁷ - CaSUN¹⁸ - LNQ-BC¹⁹ - CARES²⁰ - Radiotherapy Concerns and Information Needs - Self Assessed Support Needs, <p>Toronto Informational Needs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a recurrencia de cáncer (MR) (39-46-52%), requiere atención urgente. • MR: 39% participantes alemanas, 69% población china quienes reportan también más necesidades de información. 	Mayores necesidades y ansiedad, depresión, etapa avanzada, poco tiempo desde el diagnóstico, más tratamientos recibidos y edad joven.
Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd y Feuerstein, (2010)	RS: Medline, Pubmed 2000-2008 Supervivencia de 6 meses a más de 5 años		<ul style="list-style-type: none"> • Población joven reporto los niveles más elevados de sintomatología. 18% y 26% excede punto de corte de sintomatología depresiva (md= 16,8, SD=4,02 $p \geq 0,06$) • Estrés (52%), 68% ansiedad acerca del futuro, 56% MR, síntomas de bochornos, síntomas menopáusicos, dolor o sensibilidad mamaria, resequedad vaginal y falta de deseo sexual (+50%). • Preocupación por aumento de peso 23% a 83% 	<ul style="list-style-type: none"> • - Problemas médicos, dolor mamario, comorbilidades médicas, disfunción sexual o tratamiento activo con pobre calidad de vida. - Mejor calidad de vida con mayor apoyo social y emocional. - Menor apoyo emocional y autoestima, mayores síntomas, dolor, distrés y pensamientos intrusivos acerca del cáncer con mayores síntomas depresivos.

¹⁷ Supportive Care Needs Survey

¹⁸ Cancer Survivor's Unmet Needs measure, CARES= Coping and Concerns Checklist,

¹⁹ Lymphoedema Needs Questionnaire-Breast Cancer

²⁰ Comprehensive Annuity Review & Evaluation Service

Howard-Anderson, Ganz, Bower y Stanton (2012)	RS: 28 artículos Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> - SF36 - PCS²¹ - MCS²² - CESD 	<ul style="list-style-type: none"> • Población joven reporto los niveles más elevados de sintomatología. 18% y 26% excede punto de corte de sintomatología depresiva (md= 16,8, SD=4,02 $p \geq 0,06$) • Estrés (52%), 68% ansiedad acerca del futuro, 56% MR, síntomas de bochornos, síntomas menopáusicos, dolor o sensibilidad mamaria, resequedad vaginal y falta de deseo sexual (+50%). • Preocupación por aumento de peso 23% a 83% 	<ul style="list-style-type: none"> • - Problemas médicos, dolor mamario, comorbilidades médicas, disfunción sexual o tratamiento activo con pobre calidad de vida. - Mejor calidad de vida con mayor apoyo social y emocional. - Menor apoyo emocional y autoestima, mayores síntomas, dolor, distrés y pensamientos intrusivos acerca del cáncer con mayores síntomas depresivos.
(Hippel et al., 2019)	Longitudinal n=896 <40 años	- CARES ²³	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual (88%) en 5 trayectorias 1) asintomática (12%), 2) síntomas mínimos (42%), 3) síntomas moderados con empeoramiento (13%), 4) síntomas moderados con mejoría (22%) y 5) síntomas graves (11%) 	No se reporta
Islam et al., (2014)	RS: PubMed, Cochrane Library, Embase, Web of Science, y Science Direct 26 estudios enero de 2003 a enero de 2013		<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga es el principal efecto secundario en supervivientes de cáncer de mama. • La población de estados unidos muestra la mayor prevalencia de regreso al trabajo 12 meses después del diagnóstico • Los principales factores que influyen en el retorno al trabajo son el nivel educativo, tipo de tratamiento (Qt), trabajos físicamente demandantes, deterioro de la salud, fatiga, depresión y distrés. • Apoyo familiar, social y laboral son facilitadores para el regreso al trabajo. 	Al minimizar dichas barreras y fomentar los facilitadores se puede mejorar las condiciones laborales e incrementar el porcentaje de supervivientes de cáncer de mama que regresan a trabajar.

²¹ Physical Component Summary

²² Mental Component Summary

²³ Cancer Rehabilitation Evaluation System

Jarrett et al., (2013)	RS: Medline, CINAHL Embase, PsycINFO, Web of science, BNI y Cochrane 16 estudios	– Psychosocial Needs Inventory for cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la recurrencia y fatiga principales afectaciones de supervivientes. • Apoyo social asociado a bienestar mental, mejor calidad de vida y menor distrés. • No hay impacto importante sobre la calidad de vida más que en aquellas con estados más avanzados de la enfermedad, con bajos recursos económicos y de apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir intervenciones hacia las áreas donde hay mayor impacto psicológico y social en la etapa de supervivencia de cáncer, tendrá mayor impacto sobre el bienestar de los supervivientes.
(Klemanski, Browning y Kue, 2016)	RS: 29 artículos	No se reporta	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga, cambios cognitivos, depresión, ansiedad, • Necesidad de información de: signos y síntomas de recurrencia, espiritualidad, cambios en la relación de pareja, efectos secundarios a largo plazo, recomendaciones de estilos vida saludable, resumen del tratamiento y atención recibida. Recibir dicha información por escrito a las mujeres en los primeros 6 meses. 	No se reporta
(Lotfi-Jam et al., 2019)	Longitudinal n=125	<ul style="list-style-type: none"> – BSI-18 – CASUN – ESSI²⁴ – Mini-Mac – MSAS-SF²⁵ PTGI²⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • 80% niveles bajos de distrés, 9% distrés clínicamente significativo persistente. <p>4 trayectorias de distrés: resiliente (80%), crónico (9%), recuperado (6%) y retrasado (5%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distrés con antecedentes de enfermedad mental (p=0.04) mayores necesidades insatisfechas (p=0.003), más síntomas físicos(p=0.001), peores estilos de afrontamiento y menor apoyo social (p=0.003). -Preocupaciones constantes acerca del cáncer y miedo a la recurrencia más susceptibles a distrés psicológico.

²⁴ Enrichd Social Support Inventory

²⁵ The Memorial Symptom Assessment Scale – Short Form

²⁶ Posttraumatic Growth Inventory

(Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & de Bock, 2015) ⁽²²⁾	RS: 17 artículos (n=12,499)	-CES-D - BDI - HADS - STAI	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión (9,4% a 66,1%) síntomas graves entre 3% y 41,7% • Ansiedad (17,9% a 33,3%). 	Aparente incremento de síntomas depresivos un año después del diagnóstico con decremento a lo largo de los siguientes años.
(Maass et al., 2019)	Transversal n=350	HADS	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de depresión (10.6%, (OR 2.3, IC 95% 1.3–4.2), ansiedad (18.6%, OR 2.1, IC 95%, 1.1–4.0) en comparación con grupo control. 	No se reporta
(McGinty et al., 2016)	Prospectivo, longitudinal n=161	-Escala análoga visual -CWS	<ul style="list-style-type: none"> • MR incrementa previo a mamografía, decrementa al recibir resultados negativos a cáncer ((F= 1,139)=97.27, p=.001) e incrementa 1 mes posterior al estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> - No existen diferencias significativas en MR a lo largo del tiempo (F(1, 135)= 1.40, p =.24.) - Con mayor percepción de riesgo ([OR]1.13, IC 95%: 1.06 –1.20, p<.001), menor afrontamiento auto eficaz (OR=0.98, IC 95%: 0.95–1.00, p=.05) y mayores conductas de búsqueda de tranquilidad (OR:1.36, IC 95%: 1.04–1.77, p<.03) más propensas para alto MR
(Mirošević et al., 2019)	RS n=26 artículos	-CaSUN -SCNS-SF34	<ul style="list-style-type: none"> • MR • Necesidad de obtener información para mejorar bienestar personal. 	Mayores necesidades con edades jóvenes, mayor ansiedad, menor calidad de vida y mayor MR
Molina y Feliu (2013)	RS: n=8 artículos		<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • 59% se reincorporó al trabajo. 	Edad joven (p=0,02), nivel educativo elevados, ausencia de quimioterapia (p=0,05) y menores síntomas físicos (p=0,01) con regreso al trabajo.
(Moreno et al., 2019)	Correlacional n=288 Hispanas/latinas	SCNS	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a metástasis (32.6%) y preocupación por personas cercanas (31.3%). • Mayor número de necesidades en SupCaMa en comparación con Ca de próstata y colorrectal (OR 2.33–5.86 [1.27–14.01]) 	Edad joven con mayores necesidades (OR .96–.97, IC 95% [.93–.99], p<.01), ser soltero (OR 1.82 IC 95% [1.11–2.97], p<0.05 y sexo femenino (OR 2.53–3.75, IC 95% [1.53–7.36], p<.001)

(Philip & Merluzzi, 2016)	Exploratorio n= 317	-MSAS -Termómetro distress, FACT -HADS, ISEL ²⁷ -CBI-B ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores dificultades (t(263)= 4.4, p< 0.001), mayor distrés, t(197)= 3.5, p<0.001), ansiedad (t(314) =4.5, p< 0.001) y depresión (t(242)= 4.2, p<0.001) 	Edad joven con mayor distrés y ansiedad (r=0.17, p<0.01) (r=0.22, p< 0.01).
(Schreier et al., 2019)	Descriptivo, correlacional n=40	- PROMIS - PFS-12	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño 78%, 68% dolor que interfiere con sus actividades diarias, 63% ansiedad y 38% dolor intenso. 	Fatiga y dolor, interferencia del dolor, alteraciones del sueño, ansiedad (r= 0.49-0.59, p=0.001)
Simard et al., (2013)	RS: 130 estudios CaMa n=42	- FRQ ²⁹ - CARS - FoP-Q ³⁰ - FCRI - FRRS ³¹	<ul style="list-style-type: none"> • MR (39-97%), 22% a 87% niveles moderados a elevados, 0 a 15% niveles elevados • MR estable a lo largo de la supervivencia. 	Edades jóvenes, presencia de síntomas psicológicos, distrés, y menor calidad de vida con mayor MR.
Syrowatka et al., (2017)	RS: N=42	- CES-D - HADS	<ul style="list-style-type: none"> • Distrés • Predictores de distrés: quimioterapia (22%), etapa avanzada (14%), Tx largos, supervivencia reciente (30%), recurrencia (50%), baja C.V. (75%). Modificables: baja actividad física (63%), poco apoyo social (75%) y tabaquismo (33%) p≤0,05. 	Distrés con: Fatiga (67%), síntomas menopáusicos (70%), dolor (75%) y alteraciones del sueño (78%), edad joven (37%), ser soltera 35%), nivel socioeconómico bajo (57%), comorbilidades (56%), antecedentes de problemas de salud mental y limitaciones funcionales percibidas (75%).

²⁷ ISEL Short form= Short form of the interpersonal support evaluation list

²⁸ The Cancer Behavior Inventory-Brief

²⁹ FRQ= Fear of Recurrence Questionnaire

³⁰ FoP-Q= Fear of Progression Questionnaire

³¹ FRRS= Fear of Relapse/Recurrence scale

Todd, Feuerstein, Gehrke, Hydeman y Beaupin, (2015)	RS n=400 artículos	- CES-D - Cuestionario CDC - BRFSS32 - PSQI33 - M-PICS34 - Social desirability scale short form.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática para elaborar escala CSPro, evalúa 18 áreas problemáticas en 5 dominios: carga de síntomas (72,6% de la varianza), función (72,83%), Conductas de salud (55,38%), habilidades de búsqueda del cuidado de la salud (74,4% de varianza). • Análisis confirmatorio: (CFI=0,95-1,00) • Índices de confiabilidad: 0,86- 0,94. 	No se reporta
Wei, Liu, Chen, Zhou y Hu, (2016)	RS	No se reporta	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga (66%), problemas de sueño (50-90%), falta de concentración (46%) y dolor (33-50%). <p>MR, ansiedad, depresión y dificultades para integrarse en los roles sociales.</p>	No se reporta
(Yang et al., 2019)	RS: n=17 (15-39años)	- CWS - CARS - FoP-SF ³⁵	MR: 29% - 85.2%.	Distrés y mayor intensidad de tratamientos con mayores niveles de MR
(Yi & Syrjala, 2017)	Descriptivo	No se reporta	MR (80%), síntomas de estrés postraumático (OR=1.66, IC 95% 1.09-2.52 Vs muestra control), distrés, ansiedad (18-20%) y depresión (12-14%).	No se reporta
Zainal, Nik-Jaafar, Baharudin, Sabki y Ng (2013)	RS: PUBMED, CINAHL, PsycINFO, OVID, Noviembre 2012 32 estudios	- CES-D - HADS - BDI36	Depresión 56% (CESD=22%, BDI=22%, HADS=10%)	Depresión y Fatiga, MR, bajo nivel económico y educativo, joven, soltera, dolor, alteraciones del sueño, infertilidad, disfunción sexual, menopausia, osteoporosis, cardiopatías, imagen corporal, recibir quimioterapia y mastectomía.

³² Behavioral Risk Factor Surveillance System para medir actividad física

³³ PSQI= The Pittsburgh Sleep Quality Index

³⁴ M-PICS= The Modified Patient Perceived Involvement in Care Scale

³⁵ FoP= Fear of Progression, Short Form

³⁶ Beck Depression Inventory

Cronograma de actividades de estudios de doctorado

ACTIVIDAD	SEMESTRE							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Revisión de la literatura								
Redacción de protocolo								
Comité de ética								
Postulación								
Fase 1								
Fase 2								
Fase 3								
Análisis de resultados								
Docencia								
Candidatura								
Publicación de resultados								

**Escala de preocupaciones acerca de la recurrencia del cáncer (CARS)**

Muchas de las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama no tendrán otro problema con el cáncer, sin embargo, sabemos que a muchas mujeres les preocupa esta posibilidad y otras pueden no preocuparse por la recurrencia. Comprendemos que puede ser molesto pensar o responder preguntas sobre la posibilidad de recurrencia. Sin embargo, necesitamos su ayuda para comprender cómo piensan las mujeres acerca de esta posibilidad

Las siguientes preguntas le piden que nos hable de cualquier preocupación que pueda tener sobre la posibilidad de la recurrencia del cáncer de mama. Con “recurrencia” nos referimos a que el cáncer de mama regrese en el mismo seno o en otra parte del cuerpo, o que aparezca un nuevo cáncer de mama en cualquiera de ambos senos.

Instrucciones: En las siguientes cuatro preguntas, encierre en un círculo el número que más se acerque a la forma en la que se siente. Por ejemplo, en la primera pregunta, encierre el “1” si no piensa para nada en la recurrencia, encierre el “6” si piensa en la recurrencia todo el tiempo, o encierre el “2”, “3”, “4” o “5” si la cantidad de tiempo que dedica a pensar en la recurrencia se encuentra en un punto intermedio.

1. ¿Cuánto tiempo pasa pensando en la posibilidad de que el cáncer de mama pueda regresar?

1	2	3	4	5	6
Para nada pienso en ello					Pienso en ello todo el tiempo

2. ¿Qué tanto le molesta la posibilidad de que su cáncer de mama pudiera regresar?

1	2	3	4	5	6
No me causa ningún malestar					Me causa un malestar extremo

3. ¿Con qué frecuencia se preocupa por la posibilidad de que el cáncer de mama pueda reaparecer?

1	2	3	4	5	6
Nunca me preocupa					Me preocupa todo el tiempo

4. ¿Qué tanto miedo tiene de que el cáncer de mama pueda reaparecer?

1	2	3	4	5	6
Nada de miedo					Mucho miedo

Ahora nos interesa saber cuáles son sus preocupaciones respecto a una posible recurrencia del cáncer de mama, es decir, cuando piensa en la posibilidad de una recurrencia, ¿Qué es lo que le preocupa de esa posibilidad?

Cada una de las siguientes preguntas puede ser una posible consecuencia de la recurrencia, nos interesa saber si en realidad le preocupa que ocurra alguna de esas cosas. Por ejemplo, quizá usted cree que la recurrencia del cáncer de mama podría requerir más cirugías. Nos gustaría saber si en realidad alguna vez le ha preocupado esta posibilidad.

Instrucciones: Encierre en un círculo el número que indique qué tanto le preocupa cada uno de los siguientes enunciados. Si un enunciado no le preocupa o si considera que no es aplicable a usted, encierre el “0” que significa “Para nada”, si considera que le preocupa en extremo encierre el “4” que significa extremadamente.

Me preocupa que una recurrencia del cáncer de mama:	Para Nada	Un poco	A veces	Mucho	Extremadamente
5. Me afecte emocionalmente	0	1	2	3	4
6. Me impida hacer las cosas que planeaba hacer	0	1	2	3	4
7. Ponga en riesgo mi salud física	0	1	2	3	4
8. Me haga sentir menos mujer	0	1	2	3	4
9. Requiera quimioterapia	0	1	2	3	4
10. Afecte mis relaciones con amigos y familiares	0	1	2	3	4
11. Me haga sentir que no tengo control sobre mi vida	0	1	2	3	4
12. Afecte cómo me veo a mi misma	0	1	2	3	4
13. Interfiera con mi capacidad física para realizar mis actividades de la vida diaria	0	1	2	3	4
14. Ponga en riesgo mi vida	0	1	2	3	4
15. Dañe mi autoconfianza	0	1	2	3	4
16. Sea más grave que el primer diagnóstico	0	1	2	3	4
17. Me cause problemas financieros	0	1	2	3	4
18. Afecte mi sexualidad	0	1	2	3	4
19. Requiera radioterapia	0	1	2	3	4
20. Me cause dolor y sufrimiento	0	1	2	3	4
21. implique perder mi(s) seno(s)	0	1	2	3	4
22. Afecte mi capacidad de planear el futuro	0	1	2	3	4
23. Afecte mi espiritualidad o mi fe	0	1	2	3	4
24. Me impida cumplir con roles importantes (en el trabajo o en casa)	0	1	2	3	4
25. Haga que me sienta menos femenina	0	1	2	3	4
26. Requiera más cirugías	0	1	2	3	4
27. Me cause la muerte	0	1	2	3	4
28. Dañe mi(s) relación(es) amorosa(s)	0	1	2	3	4
29. Me impida cumplir con mis responsabilidades (en mi trabajo o en casa)	0	1	2	3	4
30. Me haga sentir mal por cómo se ve o se siente mi cuerpo	0	1	2	3	4



Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)

- 3 Todos los días
- 2 Muchas veces
- 1 A veces
- 0 Nunca

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- 3 La mayoría de las veces
- 2 Con bastante frecuencia
- 1 A veces, aunque no muy a menudo
- 0 Sólo en ocasiones

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- 3 La mayoría de las veces
- 2 Con bastante frecuencia
- 1 A veces, aunque no muy a menudo
- 0 Sólo en ocasiones

7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- 0 Nunca
- 1 En ciertas ocasiones
- 2 Con bastante frecuencia
- 3 Muy a menudo

9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme

- 3 Mucho
- 2 Bastante
- 1 Poco
- 0 Nada

11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- 3 Siempre
- 2 Muy a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- 0 Como siempre
- 1 No tanto como antes
- 2 Solo un poco
- 3 Nunca

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- 0 Igual que siempre
- 1 A veces
- 2 Casi nunca
- 3 Nunca

6. Me siento alegre

- 0 Casi siempre
- 1 A veces
- 2 No muy a menudo
- 3 Nunca

8. He perdido el interés en mi aspecto personal

- 3 Totalmente
- 2 No me preocupo tanto como debiera
- 1 Podría tener un poco más de cuidado
- 0 Me preocupa igual que siempre

10. Me siento optimista respecto al futuro

- 0 Igual que siempre
- 1 Menos de lo acostumbrado
- 2 Mucho menos de lo acostumbrado
- 3 Nada

12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión

- 0 A menudo
- 1 A veces
- 2 No muy a menudo
- 3 Rara vez

¿Considera que necesita atención psicológica en este momento de su vida? SÍ NO

Formato de Jueces, Cuestionario de Preocupaciones Acerca de la Recurrencia del Cáncer
(CARS) Vickberg (2003)

Descripción:

La Escala de preocupaciones acerca del cáncer (Concerns About Recurrence Scale, CARS) desarrollado por Vickberg (2003) Es un instrumento auto-aplicable que evalúa el grado y naturaleza del miedo a la recurrencia del cáncer de mama, por medio de cuatro preguntas evalúa la frecuencia, nivel de malestar, consistencia e intensidad del miedo a la recurrencia y posteriormente, por medio de 26 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 (para nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (mucho) a 4 (extremadamente) explora la naturaleza de dicho miedo. El instrumento se compone de cuatro factores que son preocupaciones sobre la salud, preocupaciones sobre la femineidad, preocupaciones por los roles y preocupaciones acerca de la muerte y todas las subescalas correlacionan significativamente con el índice general de miedo a la recurrencia que arroja el instrumento (Muerte $r=.64$, femineidad $r=.53$, rol $r=.50$, salud $r=.64$ $p<.001$). Su versión original en inglés mostró una adecuada consistencia interna con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.87$.

Aplicación: Individual

Material: Lápiz-papel

Tiempo estimado para responderlo: de 10 a 15 minutos

A continuación, le presentamos el inventario, marque cada casilla con el símbolo / si considera que el reactivo cumple con dicho criterio o marque una X en caso de que no lo cumpla.

Existen diversos apartados de “comentarios” donde podrá anotar las observaciones que considere pertinentes de cada sección o del instrumento en general.

Ponemos a su disposición los siguientes correos electrónicos para cualquier comentario o duda y agradecemos de antemano su colaboración.

- psicmorozco@gmail.com
- psigalindo@yahoo.com.mx



Ficha de identificación clínica

Fecha / /

1. Nombre _____ 2. Edad _____ 3. Expediente _____
4. ¿Practica alguna Religión? SÍ NO ¿Cuál? _____
5. Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Separada Viuda Unión libre
6. Nivel de estudios: Ninguno Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado Otro _____
7. Ocupación: Empleada Hogar Negocio propio Profesionista Otro _____
8. ¿Tiene familiares que tengan o hayan tenido cáncer? Anótelos aquí _____

9. ¿Tiene otra(s) enfermedad(es)? SÍ NO ¿Cuál(es)? _____
10. ¿Recibió quimioterapia? SÍ NO Si contesto SÍ, ¿cuándo la terminó? (mes/año) _____
11. ¿Recibió radioterapia? SÍ NO Si contesto SÍ ¿cuándo terminó la radioterapia? (mes/año) _____
12. ¿Toma o tomó tratamiento anti-hormonal? (tamoxifeno, anastrozol, etc) SÍ NO Si contestó que SÍ, cuánto tiempo lleva tomándolo o cuánto tiempo lo tomó?(meses/años) _____
13. Recibió algún otro tratamiento para el cáncer SÍ NO ¿Cuál? _____
14. ¿Tiene algún problema psicológico o psiquiátrico como ansiedad, depresión, consumo de sustancias u otro?
SÍ NO Si contestó que SÍ ¿Cuál? _____
15. ¿Está recibiendo algún medicamento para mejorar su estado de ánimo o para poder dormir?
SÍ NO Si contestó que SÍ ¿Cuál? _____
16. A lo largo de su vida ¿Ha recibido atención de alguno de los siguientes servicios de salud mental?
Psicología Psiquiatría Otro _____ Ninguno
17. ¿Ha llegado a sentir crisis de miedo o angustia, que podría llegar a tener un paro cardíaco, o que pierde el control sobre sus pensamientos o conducta? SÍ NO
18. ¿Ha perdido el interés o el placer por realizar las actividades diarias? SÍ NO

Para ser llenado por el psicólogo con el expediente clínico

19. Fecha de diagnóstico: (mes/año) _____ 20. Etapa Clínica: _____

21. ¿Tipo de cirugía(s) de mama que le realizaron? _____

22. Fecha de cirugía(s) _____

23. Fecha de inicio y término de: Quimioterapia _____

Radioterapia _____ Hormonoterapia _____

24. Tiempo de supervivencia _____ 25. Nivel socioeconómico _____

26. Diagnóstico genético _____

Validación de la Escala de Preocupaciones acerca del Cáncer (CARS) en supervivientes de cáncer de mama mexicanas. Versión 1, español, octubre 2018.

Al ser una superviviente de cáncer de mama, el Instituto Nacional de Cancerología, a través del servicio de psico-oncología le invitan a participar, de manera voluntaria en el proyecto titulado “**Validación de la escala de Preocupaciones acerca del Cáncer en supervivientes de cáncer de mama mexicanas**” el cual consiste en adaptar una escala que ayude a identificar el grado de miedo a la recurrencia del cáncer (miedo a que la enfermedad regrese) en mujeres supervivientes de cáncer de mama mexicanas. El proyecto está dirigido por el Dr. Oscar Galindo Vázquez, con quien podrá dirigirse en caso de dudas.

Lea con atención el siguiente formato, si tiene alguna duda puede aclararla con el personal que le está invitando a participar.

Procedimiento. Su participación consistirá en contestar 2 escalas en español mientras espera su cita médica:

- 1) Escala de preocupaciones acerca del cáncer (CARS). Evalúa el grado de preocupación que pueda tener de que el cáncer regrese.
- 2) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-M). Evalúa los síntomas de ansiedad (sensación constante de inquietud y tensión) y depresión (sensación continua de tristeza, pérdida de interés y motivación) que pudiera presentar; por ejemplo, sentirse muy inquieta o nerviosa o dormir demasiado.

El llenado de las 2 escalas le tomará alrededor de 15 minutos y lo realizará en una sola ocasión.

La participación en esta investigación no tiene costo alguno y es completamente voluntaria, si en algún momento desea retirarse, puede hacerlo sin afectar la atención médica que recibe en el Instituto Nacional de Cancerología. El(la) investigador(a) la apoyará en todo momento, si usted tiene dudas o dificultades para contestar las escalas puede acercarse a él(ella). En total, participarán 230 supervivientes.

Confidencialidad. Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y privada; al publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de su nombre o algún dato que la pueda identificar. Así mismo, se le comunica que la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y los Comités de Investigación y/o Ética en Investigación del INCan, podrán revisar los documentos originales, incluyendo su expediente de paciente con la finalidad de verificar sus datos.

Beneficios. Usted directamente no obtendrá un beneficio específico, sin embargo, su participación será de gran importancia pues, con los resultados de este estudio podremos identificar el miedo a la recurrencia que presentan las supervivientes de cáncer de mama mexicanas como usted.

Si durante esta investigación se obtiene nueva información sobre el tema que sea relevante para Ud., se le notificará por medio del equipo de investigación.

Riesgos. Durante el llenado de los cuestionarios puede identificar frases o síntomas que le causen malestar emocional o incomodidad, por este motivo estará disponible un psicólogo que puede ayudarle a sentirse mejor.

Preguntas. Toda duda o pregunta, podrá consultarla con el investigador principal Dr. Oscar Galindo Vázquez en persona en la oficina de la Subdirección de Medicina Interna o por teléfono al 56280400 ext. 60259. Si tiene dudas sobre sus derechos como paciente, puede comunicarse con la Dra. Myrna G. Candelaria y/o Psic. María del Carmen Lizeth León Castillo presidente y vocal secretario del Comité de Ética en Investigación del INCan al teléfono 56280400, extensión 37015. Av. San Fernando 2, puerta 1, CP 14080, Col. Barrio del niño Jesús, Tlalpan. CDMX, C.P. 14080

Si acepta participar, le pedimos firmar el presente consentimiento informado declarando que usted ha comprendido su contenido. Este formulario será firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación e intervención y recibirá una copia de este.

Yo, _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación: “Validación de la escala de Preocupaciones acerca del Cáncer en supervivientes de cáncer de mama mexicanas” cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron explicados por el investigador, ofreciéndome contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

Ciudad de México a _____ de _____ del 2019.

Nombre del participante _____

Dirección _____

Teléfono _____ Firma _____

Testigo 1. Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

Testigo 2. Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

Investigador principal.
Dr. Oscar Galindo Vázquez
Servicio de Psico-oncología
Instituto Nacional de Cancerología INCan

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal Poca Lo normal Bastante Bien Muy bien
 1 2 3 4 5

2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

		Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
3	Q5. ¿Cuánto disfruta de la vida?					
4	Q7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
5	Q8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
6	Q9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “que tanto” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
7	Q10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
8	Q11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					

		Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
9	Q12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
10	Q13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “Que tan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

		Nada 1	Un poco 2	Lo normal 3	Bastante Satisfecho 4	Muy Satisfecho 5
11	Q16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
12	Q17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
13	Q18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
14	Q19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
15	Q20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
16	Q.21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
17	Q22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
18	Q23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
19	Q24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					

20. La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas

(Q26). ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca Raramente Medianamente Frecuentemente Siempre
1 2 3 4 5

Escala FACIT de fatiga (Versión 4)

Anexo 9

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
HI7	Me siento agotado(a)	0	1	2	3	4
HI12	Siento debilidad en todo el cuerpo	0	1	2	3	4
An1	Me siento decaído(a).....	0	1	2	3	4
An2	Me siento cansado(a)	0	1	2	3	4
An3	Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado(a)	0	1	2	3	4
An4	Tengo dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estoy cansado(a)	0	1	2	3	4
An5	Tengo energía	0	1	2	3	4
An7	Soy capaz de hacer mis actividades habituales (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras)	0	1	2	3	4
An8	Necesito dormir durante el día	0	1	2	3	4
An12	Estoy demasiado cansado(a) para comer	0	1	2	3	4
An14	Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales	0	1	2	3	4
An15	Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer	0	1	2	3	4
An16	Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio	0	1	2	3	4