

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**“ESTUDIO COMPARATIVO DE VARIABLES PSICOSOCIALES
RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER
DE MAMA”**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

FRESIA PALOMA HERNÁNDEZ MORENO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENÉ LANDERO HERNÁNDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, ENERO DE 2012

Colocar la carta del comité donde se aprueba la presentación de la tesis

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Estudio comparativo de variables psicosociales relacionadas con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama” presentada por Fresia Paloma Hernández Moreno ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. René Landero Hernández
Director de tesis

Dra. Mónica González Ramírez
Revisor de tesis

Dr. David Hernández Barajas
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, enero de 2012

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

En México el cáncer de mama se ha convertido en un importante problema de salud pública, dado que la mortalidad y el número de casos se han incrementado principalmente a partir del 2006. Por lo que es también un tema de vital importancia para los profesionales de la salud mental debido a las consecuencias psicológicas, sociales y familiares complejas, así como los costos derivados de esta enfermedad. La importancia derivada de lo anterior es promover un diagnóstico y tratamiento adecuado donde juegue un papel preponderante la atención psicológica. El objetivo de este estudio fue analizar la relación de las variables psicosociales (Estrés percibido, Apoyo social, Depresión, Felicidad, Pensamientos negativos y Control emocional) con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Comparar las diferencias con respecto a las variables psicosociales y la calidad de vida entre la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León en mujeres con cáncer de mama. Se hizo un estudio de tipo no experimental, correlacional-transversal. Con una muestra no probabilística de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de $n=90$, de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León, las cuales se entrevistaron en hospitales, con previa autorización para la aplicación de instrumentos (firmando el consentimiento informado de la investigación).

Palabras Clave: Cáncer de mama, Variables psicosociales, Calidad de vida

ABSTRACT

In Mexico, breast cancer has become an important public health problem because mortality and the number of cases have increased from 2006 principally. It is also an issue of vital importance to mental health professionals due to the psychological, social and family complex and the costs of this disease. The importance derived from the above is to promote early diagnosis and appropriate treatment which plays an important role psychological care. The aim of this study was to analyze the relationship between psychosocial variables (perceived stress, social support, depression, happiness, negative thoughts and emotional control) the quality of life in women with breast cancer. Compare the differences with respect to psychosocial variables and quality of life between the city of Los Mochis, Sinaloa and Monterrey, Nuevo León in women with breast cancer. . A study was non-experimental, correlational cross-sectional. Using a non probabilistic sample of women diagnosed with breast cancer n = 90, of Los Mochis, Sinaloa and Monterrey, Nuevo León, which were interviewed in hospitals, with permission for the application of instruments (by signing the informed consent of the research).

Keywords: Breast cancer, psychosocial variables, quality of life.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCION.....	11
Definición del Problema	14
Justificación de la Investigación.....	15
Objetivo General	16
Objetivos específicos:.....	16
Hipótesis	17
Limitaciones y Delimitaciones	17
CAPITULO II.....	19
MARCO TEORICO.....	19
CÁNCER.....	19
Epidemiología.....	20
Tipos de cáncer más comunes.....	21
Cáncer de mama	21
Causas y/o factores de riesgo.....	22
Tratamiento Médico.....	23
Tratamientos quirúrgicos locales.....	23
Tratamientos sistémicos	25
ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	25
Calidad de vida.....	26
Estrés	28
Apoyo social.....	29
Apoyo social y salud	30
Depresión	31
Clases de depresión	31
Control emocional	33
Pensamientos negativos	35
CAPITULO III.....	38

METODO.....	38
PARTICIPANTES	38
INSTRUMENTOS	38
Escala de Estrés Percibido.....	38
EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida	39
Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS.)	39
Cuestionario de Apoyo social	40
Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-R).....	40
Escala de felicidad subjetiva (SHS).....	41
Escala Courtland de Control Emocional	41
PROCEDIMIENTO.....	42
Diseño utilizado:	42
Recolección de Datos:.....	42
Análisis de Datos.....	42
CAPITULO IV	44
RESULTADOS	44
Confiabilidad de los instrumentos	47
Resultados de correlación de las variables.....	49
Análisis de comparación de grupos T de Student.....	51
Análisis de regresión.....	53
CAPITULO V	55
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS.....	74
ANEXO I. Instrumentos de evaluación utilizados	74
ANEXO II. Consentimiento informado de participación en la investigación... ..	84

Índice de Tablas

Tabla 1. Ciudades donde se aplicaron los instrumentos	44
Tabla 2. Variables demográficas: Los Mochis	44
Tabla 2.1. Estado civil: Los Mochis	45

Tabla 3.	Tipo de tratamiento: Los Mochis	45
Tabla 4.	Variables demográficas: Monterrey	46
Tabla 4.1.	Estado civil: Monterrey	46
Tabla 5.	Tipo de tratamiento: Monterrey	46
Tabla 6.	Confiabilidad de los instrumentos	47
Tabla 7.	Estadísticos descriptivos de las variables	47
Tabla 7.1.	Estadísticos descriptivos de las variables (2)	48
Tabla 8.	Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	48
Tabla 9.	Correlaciones de las variables con el coeficiente Pearson	50
Tabla 10.	Prueba de homogeneidad de varianzas	51
Tabla 11.	Comparación de grupos con T de Student	51
Tabla 12.	Prueba de homogeneidad de varianza d Levene	52
Tabla 13.	Diferencia entre grupos respecto al tratamiento	52
Tabla 14.	Estadísticos descriptivos de las variables incluidas en el modelo de regresión	53
Tabla 15.	Análisis de regresión. Calidad de vida	54

CAPITULO I

INTRODUCCION

Durante la última década, el cáncer se ha convertido en la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Del cual, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de defunciones por esta enfermedad en población de mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

En México, doce mujeres mueren cada día a causa de cáncer mamario, lo cual es, aproximadamente, una tercera parte de las pacientes diagnosticadas con esta enfermedad (Knaul, López-Carrillo, Lazcano, Gómez, Romieu & Torres, 2009).

A partir del 2006 el cáncer mamario se ha convertido en la primera causa de muerte general en mujeres de 30 a 54 años y la primera por cáncer, desplazando al cáncer cérvicouterino (Knaul, Nigenda, Arreola-Ornelas, Langer & Frenk, 2009). Por lo anterior el cáncer de mama se ha convertido en un tema de gran interés para los profesionales de la salud mental debido a las complejas consecuencias psicológicas, sociales y familiares (Vinaccia & Orozco, 2005), así como los costos derivados de esta enfermedad.

Existe evidencia de que las variables psicológicas y el cáncer están asociados, ya sea como detonante o facilitadora de su aparición, durante el curso de la enfermedad o posible remisión (Vera-Villarreal & Buena-Casal, 1999).

La calidad de vida relacionada con la salud hace referencia a las valoraciones de la percepción de salud por parte del individuo, acumulando aspectos objetivos y subjetivos (Robinson, 2007), este es un factor importante de valorar en las mujeres con cáncer, ya que esta enfermedad provoca alteraciones diversas en áreas importantes de la vida de la paciente. Esta valoración debe de ser integral,

considerando el aspecto físico, social y psicológico (Montes, Mullins & Urrutia, 2006).

A su vez, la calidad de vida percibida se ha relacionado con la adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Moreno & Kern, 2005), el cáncer es una enfermedad en la que debido a los efectos de su tratamiento produce alteraciones significativas en las pacientes, por lo que es importante evaluar y conocer el impacto de la enfermedad y tratamiento sobre la percepción de bienestar de la paciente (Martín, Sánchez & Sierra, 2005; Swartzmann, 2003).

El padecer una enfermedad, como lo es el cáncer de mama es un acontecimiento estresante que amenaza de manera importante a las personas en distintos niveles y formas (Fawzy & Greenberg, 1996). El paciente puede experimentar decadencia de las actividades diarias, el sentido de vida y provocando estados emocionales negativos (Gil-Roales, 2004). En general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante en diversos aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006).

Las distorsiones cognitivas son interpretaciones exageradas e incongruentes de la realidad (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2000), estas pueden ser usadas como el medio en que el individuo percibe y construye su mundo (Calvete & Connor-Smith, 2005). Eventos como padecer una enfermedad crónica, pueden ser capaces de originar emociones y de activar procesos de pensamientos acerca de los cuales las personas tienden a perturbarse a sí mismas (Ellis, 1987).

Los estados emocionales suelen influir en la salud mediante efectos directos en el funcionamiento fisiológico, reconocimiento de síntomas, búsqueda de atención médica, involucración de conductas saludables y no saludables como en estrategias de regulación emocional y en la percepción del apoyo social. Los estados de ánimo negativos, hacen al individuo más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, elevan la percepción y reportes de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar atención médica oportuna y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social. Esto permitiría explicar que

el pesimismo y ánimo depresivo, se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Barra, Cerna, Kramm & Vélez, 2004).

Durante los últimos años ha crecido el interés en las distintas formas en que las personas afrontan las situaciones difíciles y estresantes (Chico, 2002); esto ha aumentando el interés en los recursos psicológicos que mejoran la salud, ya que estos funcionan como factores de protección psicológica relacionándose positivamente con la salud y el bienestar y aumentan la resistencia a la adversidad (Remor, Amorós & Carrobles, 2006).

El apoyo social en el enfermo oncológico permite disminuir la intensidad de los efectos y cambios asociados a la enfermedad (Cano, 2005), facilita a enfrentar las crisis y la adaptación al cambio, proteger al individuo en el paso de las transiciones del ciclo de la vida y de estados patológicos; también puede reducir la cantidad de medicación requerida, acelerar la recuperación y facilitar la adherencia al tratamiento (Cobb, 1976).

Según dos modelos que explican la asociación entre el apoyo social y salud, el primero es el modelo del efecto directo, el cual nos dice que los niveles de salud se ven favorecidos, independientemente del estrés del individuo y el segundo es el del efecto amortiguador, el cual postula que el apoyo social protege considerablemente los efectos de las situaciones estresantes (Cohen & Wills, 1985).

Se ha encontrado que los grupos de apoyo social benefician el estado físico de las pacientes con cáncer de mama, por lo que considera importante para el ajuste psicosocial de las pacientes (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2000). Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer y Spiegel (2000) encontraron que entre mayor sea el apoyo social los niveles de cortisol serán menores, esto demuestra que el apoyo social influye de manera importante en la disminución del estrés.

Juarez & Landero (2009), en su investigación de mujeres con cáncer de mama, sobre las variables psicosociales y su relación con la salud, encontraron un nivel

moderado de estrés y un nivel alto de apoyo social y optimismo, esto explicado por las puntuaciones altas en apoyo social que funcionan como preectoras de la salud o moderadoras del estrés.

Burgues y Cornelius, muestran una prevalencia de 50% de depresión para el primer año después del diagnóstico en un estudio en pacientes con cáncer de mama. Según Robles, Morales, Jiménez y Morales (2009) la depresión será una de las principales quejas en las primeras fases de la enfermedad, sea al momento de confirmación del diagnóstico, así como en el momento de tratamiento o post-tratamiento, recurrencia, cuidados paliativos y terminales.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación de las variables estrés, pensamientos negativos, control emocional, depresión, felicidad y apoyo social, con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Definición del Problema

En los últimos diez años, el cáncer se ha convertido en la primera causa de mortalidad a nivel mundial, en el 2007, murieron en el mundo por alguna neoplasia 7.9 millones de personas, esto representa el 13% de las defunciones generales. Estas defunciones se debieron principalmente al cáncer de pulmón, que ocupa el primer lugar entre hombres, seguido por el cáncer de estómago, hígado, colon y mama, siendo este último el que ocupa el primer lugar en población de mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Del 2004 a 2007 se observa en México, al igual que a nivel mundial, un incremento en los casos de cáncer. En el cuál el cáncer de mama presenta un incremento constante en los últimos diez años, ubicándolo en el primer lugar desde 2006 (INEGI, 2010). Doce mujeres mueren diariamente en nuestro país a causa del cáncer mamario, lo que representa, una tercera parte de las pacientes diagnosticadas con este tumor maligno (Knaul, López-Carrillo, Lazcano, Gómez, Romieu & Torres, 2009). Se observa una tendencia de mortalidad en nuestro país

que avanza con incrementos constantes, en el periodo de 1980 a 2005 se registraron un total de 67,854 defunciones por cáncer mamario, con un aumento estimado anual del 3.6% en los últimos 18 años (Franco, Lazcano y López-Carrillo, 2009).

También, a partir de 2006 el cáncer mamario es la segunda causa de muerte general en mujeres de 30 a 54 años y la primera por cáncer, dejando al cáncer cérvicouterino en el segundo lugar (Knaul, Nigenda, Arreola-Ornelas, Langer, & Frenk, 2009). De acuerdo a los datos del INEGI (2010), el cáncer cérvico uterino, tuvo un decremento a nivel nacional, en el periodo 2005-2008 de 12.5% a 11.2% respectivamente.

Debido a los datos epidemiológicos que se mencionaron anteriormente y a las consecuencias psicológicas y sociales que conlleva el diagnóstico y tratamiento, hacen un tema de gran importancia para a nivel político-sanitario así como para los profesionales de la salud mental (Cervera & Aubá, 2005; Vinaccia & Orozco, 2005).

Justificación de la Investigación

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. El hecho que una mujer se enferme o muera por este tipo de cáncer tiene un importante impacto en nuestra sociedad, debido a que la mujer constituye el centro del hogar. Además, desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal. Los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitados.

Además, la comparación que se pretende realizar entre la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, y la Ciudad de Los Mochis, Sinaloa, es considerada como una

motivación más ya que el estado de Nuevo León (SSA, 2008) se encuentra dentro de los primeros 5 lugares de mortalidad observada por dicha enfermedad (15.5¹) y el estado de Sinaloa esta sobre el promedio nacional de prevalencia (10.3*), por lo cual, se intenta evaluar las diferencias de las variables en el noreste y noroeste del país, ya que existen estudios en los cuales arrojan resultados en los que la prevalencia de cáncer de mama es más alta en el norte y el cáncer cérvico uterino en el sur. Por lo cual resulta por demás interesante conocer si afectan de forma diferente las variables psicosociales a estudiar en el noreste y el noroeste del país.

Todo este planteamiento nos lleva a pensar sobre ¿Cuáles son los factores que se relacionan con la calidad de vida de las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento para cáncer de mama en Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León?

Objetivo General

En el siguiente apartado se mencionaran variables psicosociales, estas se refieren a las que menciono a continuación: Estrés percibido, Apoyo social, Depresión, Felicidad, Pensamientos negativos y Control emocional.

Analizar la relación de las variables psicosociales con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Objetivos específicos:

1. Evaluar las características y comportamiento estadístico de las variables psicosociales y calidad de vida.

¹ *Tasa por 100 mil mujeres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2005.

2. Comparar las diferencias con respecto a las variables psicosociales y la calidad de vida entre la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León en mujeres con cáncer de mama.
3. Determinar un modelo parsimonioso de las variables psicosociales que expliquen mejor el comportamiento de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Hipótesis

Con la finalidad de responder al problema de investigación planteado, el presente estudio expone las siguientes hipótesis:

H₁: A menor estrés, mejor será la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

H₂: A menos pensamientos negativos, mayor será la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

H₃: A mayor apoyo social, mejor será la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

H₄: A mayor depresión, menor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

H₆: A mayor felicidad, mayor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Limitaciones y Delimitaciones

Debido a la cantidad de variables que contiene el estudio, será una cantidad grande respecto a los instrumentos, por lo que esto puede afectar a que las respuestas de los pacientes no sean a conciencia. El llenado de los instrumentos será de manera voluntaria, por lo que es posible que algunas pacientes no quieran

contestar las escalas por las condiciones clínicas que se encuentran. Por lo tanto esto puede ser una limitación al momento de recabar el número de muestra esperado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CÁNCER

El cuerpo está compuesto de cientos de millones de células vivas. Células del cuerpo normal que crecen, se dividen, y mueren de un modo ordenado. Durante los primeros años de la vida de una persona, las células normales se dividen más rápido para permitir a la persona crecer. Después de que la persona se convierte en adulto, la mayor parte de las células se dividen sólo para sustituir células desgastadas, dañadas, o que mueren (American Cancer Society, 2010).

Las células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas, en ocasiones este proceso de división se descontrola, nuevas células se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y las células viejas no mueren cuando deberían de morir, como estas células ya no tienen una función, se acumulan formando una masa de tejido a la cual se le llama tumor. No todos los tumores son cancerosos, pueden ser tumores benignos o malignos, las características de los no cancerosos es que generalmente se pueden extraer y no vuelven a crecer, por lo que no se disemina hacia otros tejidos; en el caso de los tumores malignos sus células pueden invadir el tejido a su alrededor y pasarse a otros órganos del cuerpo (National Cancer Institute, 2007).

Con esta definición podemos entender que no se hace referencia a un solo padecimiento ni una sola condición, pues el termino cáncer engloba aproximadamente unos 200 tipos de condiciones médicas. En relación a lo anterior hay que añadir que el cáncer puede afectar a casi cualquier órgano del sistema humano y es en función del órgano afectado que varía su pronóstico y su sintomatología (Sánchez & Álvarez, 2009).

Epidemiología

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su publicación Estadísticas a Propósito del Día Mundial contra el Cáncer 2010, menciona que a nivel mundial, el cáncer es la primera causa de mortalidad. En 2007, fallecieron en el mundo por alguna neoplasia 7.9 millones de personas que representan 13% de las defunciones generales.

Las defunciones por cáncer en México, Del total de defunciones registradas en el país durante 2008, 13 de cada 100 tuvieron como causa principal algún tipo de cáncer.

En los últimos diez años las mujeres presentan los mayores porcentajes de muertes por neoplasias en comparación con los hombres, teniendo las mujeres un porcentaje de 15.2% en función a los fallecimientos totales, teniendo una diferencia mayor de 3.6% con respecto a los hombres.

Las diferencias biológicas, así como el grado de exposición a factores de riesgo hacen que algunos tipos de cáncer se desarrollen de forma diferenciada entre mujeres y hombres.

Dentro de las principales causas de mortalidad para las mujeres, se puede encontrar el tumor maligno del cuello del útero, de mama, estómago, hígado y vías biliares intrahepáticas, así como el de tráquea, bronquios y pulmón.

Las dos primeras causas de defunción por cáncer en mujeres, cuello del útero y mama, han evolucionado de tal forma en el tiempo que han invertido su presencia. El 13.4 % corresponden al cáncer de mama y el 11.2% al del cuello del útero.

Según la Secretaría de Salud [SSA], (2007), el cáncer de mama en México, es a partir del 2006, la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 25 años, además señala que los datos de morbilidad del cáncer de mama por entidad federativa en el 2005 indican una mayor incidencia en el Distrito Federal y Jalisco, además de los estados del norte, particularmente las entidades fronterizas, como

Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora, Baja California Sur y Tamaulipas.

Tipos de cáncer más comunes

De acuerdo a la OMS, los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:

- pulmón (1,4 millones de defunciones)
- estómago (866 000 defunciones)
- hígado (653 000 defunciones)
- colon (677 000 defunciones)
- mama (548 999 defunciones)

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales) son los siguientes:

- Entre hombres: de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata
- Entre mujeres: de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

Cáncer de mama

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. (SSA, 2007).

Según Elías, Contreras & Llanque (2008), las manifestaciones clínicas del cáncer de mama son las siguientes:

- Nódulo en el interior de la mama
- Dolor de mama

- Aumento del tamaño de la mama
- Telorrea (secreción del pezón)
- Cambios cutáneos (cambios en el color o textura de la piel.

Causas y/o factores de riesgo.

Aún no se ha podido definir el motivo que directamente inicie la enfermedad en el seno, sin embargo, se han identificado numerosos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de padecerla. (Novoa, Pliego, Malagón & Bustillos, 2006).

Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el de mama existen factores que pueden estar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta neoplasia (Chen & Colditz, 2007; Veronesi, Boyle, Goldhirson, Orecchia & Viale, 2005). Pueden estar presentes durante periodos largos; algunos de estos factores tienen riesgos relativos menores. La presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Los más importantes según el Instituto Nacional del Cáncer (2010) son:

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
- Edad avanzada al momento del primer parto (34 años) o no haber dado nunca a luz.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama (hiperplasia ductal atípica).
- Madre o hermana(s) con cáncer de mama.
- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de cáncer de mama.
- Densidad mamaria aumentada en una mastografía.

- Terapia de reemplazo hormonal.
- Consumir bebidas alcohólicas.
- Ser de raza blanca.
- Alteraciones genéticas (BRCA 1 y BRCA 2 en cáncer hereditario de mama/ovario, PTEN en el síndrome de Cowden, P 53 en el síndrome de Li-Fraumeni, STK11 en el síndrome de Peutz-Jeghers, CDH1 en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario). (Cheng, Yoon, Lauwers & Patel, 2007)

Brandan & Villaseñor (2006) mencionan que el riesgo más importante para padecer cáncer de mama es ser mujer y que la relación de este cáncer entre mujeres y hombres es de 100 a 1; así como también que la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad.

Tratamiento Médico

De acuerdo con Sefchovich (2005), los tratamientos pueden ser locales (en la misma mama) o sistémicos (en todo el organismo).

Tratamientos quirúrgicos locales.

Quirúrgicamente se puede efectuar una tumorectomía o una mastectomía, cada una de ellas con sus relativas ventajas. Se considera que los dos tipos de intervenciones tienen resultados médicos equivalentes para muchos tipos precoces de cáncer de mama.

Según García y Martínez (2007) la estrategia terapéutica contra el cáncer es el control regional de la enfermedad, dando primeramente tratamiento sobre la mama y sus cadenas ganglionares regionales además de tratar la enfermedad a distancia, es decir, las micrometástasis en los estadios iniciales o avanzados.

Los tratamientos se dividen en dos tipos: 1) tratamientos locales: como la cirugía y

la radioterapia, que actúan solo en la zona anatómica del tumor que incluye la mama y sus cadenas linfoganglionares regionales; 2) tratamientos sistémicos: como la quimioterapia, la hormonoterapia y tratamientos biológicos, estos actúan sobre todo el organismo para erradicar la enfermedad metastásica o micrometastásica.

Las modalidades de tratamiento según Sefchovich (2005) son las siguientes:

Tumorectomía. En esta intervención el cirujano extirpa el tumor de la mama y una muestra de los ganglios linfáticos de la axila. La principal ventaja de este procedimiento es que preserva la mama a diferencia de la mastectomía. Sin embargo, a menudo queda la preocupación de que el cáncer reaparezca y de que entonces no pueda ser extraído con tanta facilidad. Tras la tumorectomía, se pueden administrar hormonas o quimioterapia. Además casi siempre se efectúan radiaciones, un tratamiento complementario, para aumentar la efectividad de la cirugía.

Mastectomía. Una mastectomía radical modificada (el procedimiento más común) supone la extirpación de la mama y de los ganglios linfáticos, pero conserva los músculos intactos. La mastectomía implica una mayor alteración de la apariencia física de la mujer que la tumorectomía, pero supone abandonar la posibilidad de la reaparición del cáncer de mama. Sin embargo, todavía es posible la reaparición en la zona de escisión, así como las metástasis, o propagación del cáncer de mama en otros órganos.

Radioterapia. Se proyectan rayos X de alta energía a la mama, a la pared del tórax y, en ocasiones, a las áreas cercanas que todavía tengan ganglios linfáticos, para destruir las células cancerosas. Se dibujan marcas en la piel para precisar la zona afectada. Los tratamientos se efectúan 5 días a la semana, durante aproximadamente 5 semanas. La radioterapia no es dolorosa, pero puede provocar fatiga intensa y algunos cambios en la piel, así como complicaciones personales por la duración, el coste y la disponibilidad del tratamiento.

Tratamientos sistémicos

Con este término se hace referencia a los tratamientos sobre todo el organismo a través del torrente sanguíneo. Se clasifican en dos tipos: quimioterapia y terapia hormonal.

Quimioterapia. Se ofrece este tratamiento cuando el riesgo de extensión del cáncer es lo suficientemente importante como para justificarlo. A las mujeres premenopáusicas con ganglios linfáticos positivos casi siempre se les aplica la quimioterapia. Cuando los ganglios linfáticos son negativos el empleo de este tratamiento es variable.

La quimioterapia funciona interfiriendo en la reproducción celular y, por lo tanto, provoca la muerte de las células cancerosas. Sin embargo, la quimioterapia no es selectiva con las células y destruirá todas aquellas que se dividen rápidamente, incluyendo las células del pelo, las del revestimiento intestinal y las de la médula ósea. Por lo tanto la terapia se administra en ciclos, en diversas pautas y combinaciones farmacológicas. Los tratamientos pueden durar de doce semanas a un año.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, todas las personas con enfermedades físicas en general, y con aquellas de curso crónico y degenerativo en lo particular, resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental (OMS, 2010).

El cáncer ha despertado el interés por los profesionales de la salud sobre los aspectos psicológicos relacionados a dicha enfermedad, esto es relativamente reciente y comenzó su impacto a nivel internacional en los años 70 con una serie de cambios, entre los que destacan que el cáncer dejó de verse como una enfermedad mortal debido a que tratamientos como la quimioterapia han favorecido un mejor pronóstico en la enfermedad, lo que permitió que se concibiera como una enfermedad crónica con la que el paciente conviviría por

mucho tiempo y por lo que toma importancia proporcionar ayuda para la adaptación a esta nueva situación. (Durá & Ibañez, 2000; Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008).

Esta enfermedad, como todas las crónicas, ha merecido una particular atención en cuanto a los mecanismos psicológicos de ajuste que se desencadenan en el proceso de afrontamiento de la misma. (García-Viniegras & González, 2007).

Los aportes de la psicología de la salud han facilitado la investigación de factores psicológicos considerados predisponentes a las enfermedades crónicas, así como aquellos vinculados a la evolución y tratamiento de estas patologías (Hernández & Grau, 2006).

La psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad. (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002).

La Psicooncología es el estudio de los aspectos psicológicos de la atención y el tratamiento del cáncer, esta se ocupa principalmente de dos aspectos: 1) de las respuestas psicológicas ante el cáncer del paciente, de la familia y del personal de salud, ante todas las etapas, y 2) de los factores psicosociales que pueden influir en el proceso de la enfermedad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008).

Calidad de vida

Actualmente los temas relacionados con calidad de vida son reconocidos como factores determinantes en el costo beneficio del tratamiento en pacientes con cáncer (Cantor, Fahs, Mandelblatt, Myers & Sanders, 2003).

No existe una definición única para calidad de vida, sin embargo, existe un consenso en cuanto a su carácter multidimensional y subjetivo. La calidad de vida es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que

tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida. (Schwartzmann, 2003; Schover, 2000).

La OMS la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Martín, Sánchez & Sierra (2005) mencionan que la preocupación por valorar las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento producían en la vida de los pacientes dio lugar a la evaluación de la calidad de vida, además mencionan que el cáncer es una enfermedad en las que, debido a los efectos de su tratamiento, tiene más relevancia conocer la calidad de vida de los pacientes.

La evaluación de la calidad de vida nos indica el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción de bienestar del paciente, esta percepción depende de sus propios valores y creencias, su contexto cultural y su historia personal (Schwartzmann, 2003).

De acuerdo con Oblitas (2004) los factores que conforman y en base a los cuales se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud son:

- Síntomas y quejas subjetivas
- Diagnósticos
- Funcionamiento fisiológico
- Funcionamiento psicológico y cognitivo
- Funcionamiento físico
- Percepciones generales de salud
- Funcionamiento social

Estrés

Sandín (1995) y Carrobles (1996) señalan que el estrés es un estado fisiológico de activación que ocurre en respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales. Sandín y Chorot (2003) reportan que los sujetos expuestos a altos niveles de estrés tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción, a estar menos orientados a definir el problema, a generar menos alternativas de solución y a ser menos propensos a obtener bienestar emocional e información por parte de los demás. La reacción al estrés no está relacionada con la naturaleza objetiva del estímulo estresante, sino con la interpretación o significado psicológico que el sujeto asigna a los distintos estímulos o situaciones.

Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), el cual se centra en la percepción de control o descontrol (agobio, sobrecarga, irritabilidad) ante las dificultades presentes, es decir, en el componente cognitivo-emocional, sin hacer referencia al fisiológico ni al comportamental.

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla, es de un exceso o sobre-esfuerzo del organismo a sobre ponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando el organismo produce un incremento de activación que pone en riesgo la capacidad para mantener parámetros óptimos con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 2003). De acuerdo con lo anterior, se puede definir al estrés a partir de tres orientaciones teóricas:

- Las orientaciones basadas en el estímulo interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento homeostático del organismo. Así, “el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular”, es decir, es entendido como “una respuesta no específica del organismo” (Sandín, 1995). Esta aproximación concibe al estrés como variable dependiente.

- Las orientaciones basadas en la respuesta conciben al estrés como reacciones de las personas a los estresores; se coloca fuera del individuo. Se entiende como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona. Esta aproximación trata al estrés como variable independiente (Sandín, 1995).
- Las orientaciones basadas en el modelo relacional o de proceso, donde el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, asumiéndose que la persona es un agente activo que se puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas (Sandin, 1995). Esta aproximación trata al estrés como un sistema de procesos interdependientes, incluidos en la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas fisiológicas y somáticas.

Puede decirse, entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. El afrontamiento es entendido entonces, como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria. (Lazarus, 2000).

Apoyo social

Según Rodríguez (1995) el apoyo social se refiere a diferentes aspectos de las relaciones sociales, ya que algunas veces se define en base a la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, de acuerdo a un tipo particular de la relación social (matrimonio, amistad, organización) o en términos de la estructura de las relaciones sociales; algunas veces el apoyo social también se define en

términos de contexto funcional de las relaciones, tomando en cuenta el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible en información. Sin embargo, una definición de apoyo social en forma general es la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales (Rodríguez, 1995).

Apoyo social y salud

El apoyo social facilita enfrentar las crisis y la adaptación al cambio, además de protege al individuo en el paso de las transiciones y crisis del ciclo de la vida y de estados patológicos; también menciona que el apoyo social puede reducir la cantidad de medicación requerida y acelerar la recuperación y facilitar la adherencia al tratamiento. (Cobb, 1976)

Cohen y Wills (1985) propusieron dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud, uno es el modelo del efecto directo, el cual postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independiente de los niveles de estrés del individuo; y el otro es el modelo del efecto amortiguador, el cual postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patógenos de los eventos estresantes; según Castro, Campero y Hernández (1997) estos modelos surgen de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador).

El apoyo social se considera importante para el ajuste psicosocial ya que se ha encontrado que los grupos de apoyo social benefician el estado físico de las mujeres con cáncer de mama (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2000), además de incrementar la autoestima, el control percibido y significado de la experiencia (Helgeson & Cohen, 1996).

Por otro lado, Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer y Spiegel (2000) encontraron que un mayor apoyo social percibido disminuye la concentración de cortisol, mostrando la influencia del apoyo social sobre la disminución del estrés a

través de un indicador fisiológico del mismo.

Depresión

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos- esfera de sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (Alberdi, Taboada, Castro, Vázquez, 2006).

Clases de depresión

Según la APA (1994) en el DSM-IV da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc.

Desde el episodio depresivo agudo hasta los trastornos distímicos que tienen más que ver con trastornos de personalidad.

Trastorno depresivo mayor.

El DSM-IV expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma:

A) Durante al menos 2 semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) *necesariamente*.

- (1) Estado de ánimo deprimido.
- (2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- (3) Aumento o disminución de peso/apetito.
- (4) Insomnio o hipersomnio.

- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- (6) Fatiga o pérdida de energía.
- (7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- (8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
- (9) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p.ej. hipotiroidismo).

D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento)

El trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia con el cáncer es la depresión (Ritterband & Spielberger, 2001). Al respecto, hay evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad (Tobón & Vinaccia, 2003).

Sin embargo, muchas veces se ha observado que estas pacientes no cumplen todos los criterios para ser diagnosticadas con depresión mayor. Es entonces cuando hablamos de la presencia de sintomatología depresiva (Bardwell, Nitarajam, Dismdale, Mortimer, Hollenback, 2006)

La asociación entre cáncer y síntomas depresivos es incierta y al respecto algunos autores manifiestan que se debe a una reacción normal del organismo a la enfermedad; otros la refieren como un síntoma propio de la enfermedad e incluso al tratamiento (Pasacreta, 1998; Bardwell, 2006)

Las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de

personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas (Massie & Popkin, 1998).

Control emocional

Watson y Greer (1983) ponen el énfasis en el control emocional, entendiendo éste como la supresión de emociones (enfado, preocupación y tristeza).

El control emocional se ha asociado al constructo de personalidad Tipo C, entendido éste como un estilo que predispondría al sujeto a desarrollar una enfermedad neoplásica, caracterizado por la utilización de estrategias que inhiben la expresión emocional.

El «Tipo C» es un estilo comportamental (Greer y Watson, 1985), caracterizado por la supresión de emociones (inhibición y control emocional) ante situaciones estresantes, que predispone al individuo a desarrollar cáncer en tanto que determina en el sujeto el desarrollo de un patrón de conducta que lo hace más proclive que otro individuo (que no presente dicho patrón) a desarrollar una enfermedad neoplásica

Felicidad

La persona feliz, según Diener (2002), es aquella con un temperamento positivo, con tendencia a ver el lado favorable de las cosas y que no “rumia” demasiado acerca de los eventos malos, tiene confidentes y amigos y posee adecuados recursos para encaminarse al logro de sus metas significativas, y por ende posee recursos para enfrentar satisfactoriamente las llamadas situaciones de estrés.

Según este autor, se hace necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la

influencia de los eventos externos sobre la felicidad; también los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidos de una determinada manera.

Lykken (2000) sugiere que los individuos pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas, lo que, se ha demostrado, mejora la salud física, emocional y social.

Para Seligman (2003), las emociones positivas pueden centrarse en el futuro, presente o pasado. Respecto al futuro, están el optimismo, la esperanza, la fe, y la confianza; las relacionadas con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo la euforia, el placer y la más importante el llamado *flow*, o experiencia óptima, que incluye felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad realizada (Csikszentmihalyi, 1990). Sobre el pasado, las emociones positivas incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Estos tres aspectos emocionales son distintos y no se hallan necesariamente relacionados (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Las emociones positivas incluyen la felicidad y otros sentimientos de bienestar, son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona. Actualmente hay suficientes datos para afirmar que las emociones positivas potencian la salud y el bienestar, favorecen el crecimiento personal, permitiendo sentimientos de satisfacción con la propia vida, tener esperanza, ser optimista y percibirse más feliz (Fredrickson, 2000). Incluso hay estudios que evidencian que la risa, la felicidad y el buen humor ayudan no solo a mantener sino también a recuperar la salud (Nezu, Nezu & Blissett, 1988). Existe suficiente evidencia para afirmar que las emociones positivas se relacionan con la longevidad (Danner, Snowden & Friesen, 2001), la percepción de buena salud en adultos mayores (Valliant, 2002), el desarrollo de la felicidad (Lyubomirsky, 2001), la competencia inmune (Ornish, 1998).

Pensamientos negativos

Las distorsiones cognitivas son descritas como un conjunto de procedimientos por el cual el sistema opera y manipula la información (Beck, 1996). De esta manera los procesos cognitivos logran guiar el procesamiento de la información hacia, entre y desde los esquemas con la finalidad de generar los productos o eventos cognitivos. Se ha identificado que los esquemas nucleares de las personas se relacionan directamente con el procesamiento de la información, dado que aportan las ideas centrales de sí mismos y de los demás. Los procesos cognitivos no actúan en forma independiente, sino que operan a través de los esquemas, al servicio de los intereses, necesidades y propósitos de las personas (Lemos, Londoño & Zapata, 2007).

Las cogniciones han sido divididas en distintos niveles. El nivel más superficial sería el compuesto por los productos cognitivos, también denominados autodiálogo, pensamientos automáticos o autoafirmaciones, entre otros.

Estos consisten en pensamientos que reflejan lo que las personas se dicen a sí mismas sobre ellos/as mismos/as, el mundo y las relaciones con los demás. El nivel de los pensamientos automáticos estaría determinado por el de los esquemas cognitivos (Hollon y Kriss, 1984).

Las experiencias emocionales pueden influir en la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, existiendo ya muchas evidencias de que los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002), así como hacer al individuo más vulnerable a diversas enfermedades (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000).

Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas, y además el estado emocional es uno de los factores que determina la accesibilidad de una información o pensamiento, por lo cual un estado de ánimo positivo o negativo hará más accesibles pensamientos

positivos o negativos, respectivamente.

Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo que lleva a preguntar si el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos, y específicamente si las personas que exhiben un estado anímico negativo están más predispuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud.

Empíricamente, se ha observado que las personas, desde el momento en que reciben el diagnóstico -o incluso desde la toma de muestras para el examen diagnóstico-, experimentan en menor o mayor grado algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables (Villa & Vinaccia, 2006; Barra, 2003).

Cada vez existen más datos en los que se relacionan las variables psicológicas con la enfermedad del cáncer, así como tienen una relación muy fuerte con la calidad de vida de las personas, que está a su vez se asocia con la adaptación que el paciente tiene a la enfermedad. La evaluación de la calidad de vida nos da a conocer el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre el bienestar que el paciente percibe, esta depende de diversos factores como lo son su contexto cultural y su historia personal. Algunas de las variables asociadas a la calidad de vida son el apoyo social, esta, influye de manera positiva en las personas, ya que facilita enfrentar las crisis y la adaptación al cambio, también puede reducir la cantidad de medicación requerida y acelerar la recuperación y facilitar la adherencia al tratamiento, por lo tanto el bienestar percibido de la persona es más alto. El estrés influye de manera negativa en la calidad de vida ya que este influye en como la persona afronta las situaciones difíciles; cuando se tienen niveles elevados de estrés, se pone en riesgo la capacidad para mantener parámetros óptimos con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual; también se ha encontrado que la calidad de vida se ve protegida respecto al estrés por el apoyo social, es decir, a mayor apoyo social, menor estrés, por lo tanto mayor calidad de vida.

Existe evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad, así como también tiene una fuerte influencia en la calidad de vida de la persona, ya que al estar bajo un estado depresivo, se tiene un desmejoramiento en la motivación y realización de actividades, problemas de concentración y toma de decisiones, por esto la calidad de vida de la persona se ve reducida. La felicidad sería la contraparte de lo que es la depresión, ya que una persona feliz es aquella que no rumia demasiado acerca de los eventos negativos y que tiene más recursos para el afrontamiento de las situaciones de estrés.

Los pensamientos negativos están asociados a la depresión, ya que estos son una fuente de información que tienen las personas acerca de si mismas y de lo que está sucediendo a su alrededor, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo que lleva a preguntar si el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos, y específicamente si las personas que exhiben un estado anímico negativo están más predispuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud.

También en esta investigación se busca encontrar si existe una relación del control emocional con la calidad de vida, ya que en la literatura revisada no se ha encontrado evidencia de ello, pero si existe una asociación entre las personas que tienden a controlar sus emociones y la enfermedad del cáncer.

Con lo anterior se concluye que las variables a estudiar tienen una relación con la calidad de vida de las personas, algunas de manera negativa y otras como factor de protección o facilitadora de una mejor calidad de vida percibida.

CAPITULO III

METODO

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la relación existente entre las variables psicosociales y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, además de comparar las diferencias de las variables psicosociales entre la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León.

PARTICIPANTES

Se trabajó con una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que acudieron a la consulta médica en el Hospital Universitario Contra el Cáncer de la ciudad de Monterrey Nuevo León y el Hospital de Gineco Pediatría No. 2 de Los Mochis Sinaloa, todas ellas mayores de 25 años, con habilidades de lecto-escritura, y que se encontraran dentro del nivel ECOG < 2.

Se excluyeron a todas aquellas pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión, además de que avanzada la investigación se decidió excluir a aquellas personas que tuvieran más de 12 meses de diagnóstico, esto con la justificación que dichos datos podían alterar los resultados en cuanto a las variables psicosociales. Por último se excluyó a toda persona que tuviera discapacidades a nivel funcional que impidieran el llenado de los instrumentos.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos de evaluación que se utilizarán son los siguientes:

Escala de Estrés Percibido

Para medir el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizará la adaptación cultural

realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio. La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invertiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.

EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el instrumento QLQ-C30 3.0 que fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) la cual cuenta con una confiabilidad de entre 0.70 y 0.87 (Fayers, Aaronson, Bjordal, Groenvold, Curran, & Bottomley, 2001). Incluye cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos y una escala global de salud/calidad de vida. Además de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero. Consta de 30 preguntas las cuales cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100.

Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS.)

Para medir depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria elaborada por Zigmond y Snaith (1983) para evaluar el estado emocional de pacientes atendidos en servicios hospitalarios. En este estudio se utilizará la versión española de Tejero, Guimerá, Farre y Peri (1986), el cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .80. La puntuación va de Igual que antes -0- a ya no disfruto con nada -3-. La mayor puntuación corresponde a mayor ansiedad o depresión según la sub escala. De esta escala solo se utilizaron los 7 ítems correspondientes a depresión.

Cuestionario de Apoyo social

Para la evaluación del apoyo social se utilizó el cuestionario MOS de apoyo social fue elaborado por Sherbourne y Stewart en 1991, para evaluar el apoyo social que perciben. En este estudio se utilizará la validación en Argentina por Espínola-Rodríguez y Héctor-Carmelo, la cual mostró una consistencia interna de .91 según el alpha de Cronbach, la cual cuenta con 12 ítems. La puntuación va de nunca -1- a muy a siempre -5-. La mayor puntuación corresponde a mayor apoyo social percibido.

Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-R)

Para la evaluación de los pensamientos negativos se utilizó el cuestionario ATQ-R (Kendall y Hollon, 1989). El ATQ-R es una medida cognitiva de frecuencia de pensamientos automáticos asociados con el ánimo depresivo. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (*1 = no en absoluto, nunca, 2 = alguna vez, 3 = bastantes veces, 4 = muchas veces, 5= todo el tiempo*). La adaptación del ATQ-R al castellano fue realizada a través del método de traducción-retrotraducción (Calvete y Connor-Smith, 2005), quienes agruparon los ítems en cuatro subgrupos mediante un sistema de jueces. La categoría de Pensamientos Positivos incluye 10 ítems que reflejan optimismo y autoevaluación positiva. La categoría de Autoconcepto Negativo está compuesta por 12 ítems relacionados con la autoevaluación negativa, fracaso y culpabilidad hacia uno/a mismo/a. Los Pensamientos de Insatisfacción incluyen 11 ítems que reflejan una evaluación negativa de las circunstancias y un deseo de que la vida de uno/a mismo/a fuese diferente. La categoría de Dificultad en el Afrontamiento consiste en 7 ítems que sugieren indefensión y dificultad para comenzar acciones. Los coeficientes alpha de Cronbach para la versión española fueron .90, .85, .88 y .79 para los pensamientos automáticos positivos, pensamientos de insatisfacción, autoconcepto negativo y dificultad en el afrontamiento, respectivamente. Para el total de pensamientos negativos el alpha obtenido fue de .94.

Escala de felicidad subjetiva (SHS)

Para la variable Felicidad se utilizó la Escala de Felicidad subjetiva (SHS), elaborada por Sonja Lyubomirsky para evaluar el estado de felicidad percibida. En este estudio Se utilizará una validación preliminar de la versión española de la Subjective Happiness Scale (Extremera, Fernández, González & Cabello, 2009).

El SHS es una escala de 4-items sobre la felicidad subjetiva global. Dos de los items a preguntar a los entrevistados se caracterizan con ambas valoraciones absolutas y calificaciones relativas a los compañeros, mientras que los otros dos items ofrecen una breve descripción de las personas felices e infelices y pregunta a los entrevistados en la medida en que cada una caracterización los describe.

Los resultados han indicado que el SHS tiene una alta consistencia interna, por medio de los test-retest y la correlación han sugerido una confiabilidad excelente, y los estudios de validez de constructo sobre la validez convergente y discriminante han confirmado el uso de esta escala para medir el constructo de la felicidad subjetiva.

Escala Courtland de Control Emocional

Para evaluar el control emocional se utilizó una adaptación española de la Escala de Control Emocional de Courtland (Durá, et al, 2010).

La escala consta de 21 ítems con un formato de frecuencia (desde 1= *casi nunca*; hasta 4 = *casi siempre*), que evalúan el control emocional del sujeto ante el enfado, la preocupación y la tristeza. El cuestionario se divide en tres subescalas una para cada emoción con 7 ítems cada una, arrojando una puntuación por cada subescala que permite la interpretación por separado de las subescalas. Al mismo tiempo, la intercorrelación moderadamente alta entre las subescalas permite la obtención de una puntuación global (instrumento completo) del control emocional de los individuos. Esta adaptación cuenta con una alpha de Cronbach de .90.

PROCEDIMIENTO

Para realizar lo anterior se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y correlacional de tipo transversal que permite identificar la relación entre las variables, así como la comparación de dos ciudades.

Diseño utilizado:

Se utilizó un diseño correlacional de tipo transversal.

Recolección de Datos:

Como primer paso, se pidieron los permisos correspondientes a los encargados del área de gineco-oncología, para la aplicación de los instrumentos de los respectivos hospitales. Se ubicaron a las pacientes que estaban dentro de los criterios de inclusión, y se les pidió su participación en la investigación, la cual fue una decisión personal, estas pudieron retirarse de la investigación en el momento que ellas lo desearon. Antes de comenzar el llenado de los instrumentos se les pidió que firmaran el consentimiento informado de la investigación, cubriendo el aspecto ético. Las participantes siguieron las mismas instrucciones para el llenado de las escalas. El espacio donde se aplicaron los instrumentos fue de acuerdo al proporcionado por la institución, ya sea un consultorio y/o en la sala de espera del hospital.

Análisis de Datos

Teniendo recolectada la muestra, se procedió a la captura de datos en el programa SPSS 16.

Como primer paso se llevó a cabo la revisión de los datos, así como la recodificación de ítems negativos de la escala de estrés percibido y de felicidad subjetiva. Posteriormente se analizó la consistencia interna de los instrumentos de evaluación con el coeficiente Alpha de Cronbach,

Se hizo la exploración del comportamiento de los datos, realizando el análisis descriptivo de cada variable. Posteriormente se analizaron las correlaciones entre las variables de estudio con el coeficiente Pearson, así como la correlación entre los dos grupos de estudio, utilizando T de Student de grupos independientes. Por último, se llevó a cabo el análisis de regresión múltiple para evaluar las variables que explican la calidad de vida.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El primer objetivo de esta investigación fue el de evaluar las características y comportamiento estadístico de las variables psicosociales y calidad de vida, primeramente se presenta la descripción de la muestra obtenida.

Se contó con una muestra total de 90 participantes, de las cuales el 55.6% fueron de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y el resto de Monterrey, Nuevo León. Como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Ciudad en donde se aplicaron los instrumentos

Ciudad	f	%
Los Mochis	50	55.6
Monterrey	40	44.4
Total	90	100.0

Se realizaron los análisis de las variables socio demográficas de cada ciudad, los resultados se muestran a continuación:

Para la ciudad de Los Mochis, la edad promedio fue de 48.7 (D.E.= 9.4), con una media de escolaridad de 9.8 (D.E.= 4.1), lo que equivale al nivel de secundaria, como se muestra en la Tabla 2. El 76% de esta muestra fueron personas casadas y el 12% solteras (Tabla 2.1). El 34% de estas mujeres trabaja actualmente y el 54% trabajaba antes de recibir el diagnóstico.

Tabla 2. Variables demográficas: Los Mochis.

Ciudad		Edad	Escolaridad
Los Mochis	Media	48.7	9.8

Mediana	48.5	9
D.E	9.4	4.1

Tabla 2.1: Estado civil: Los Mochis.

Ciudad		f	%
Los Mochis	Soltera	6	12.0
	Casada	38	76.0
	Divorciada	2	4.0
	Separada	3	6.0
	Viuda	1	2.0

En cuanto a las variables relacionadas con la enfermedad, se tiene que la media de tiempo de diagnóstico es de 17.26 meses (D.E= 18.61), de las cuales el 82% recibe actualmente algún tratamiento para el cáncer. El tipo de tratamiento más común en esta muestra fue el de quimioterapia, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3: Tipo de tratamiento: Los Mochis.

Ciudad		f	%
Los Mochis	Medicamento	9	18
	Quimioterapia	21	42
	Radioterapia	5	10
	Medicamento y quimioterapia	4	8
	Medicamento y radioterapia	1	2

Del total de participantes de Los Mochis, el 72.2 % tienen antecedentes de familiares con cáncer, de los cuales el 31.1% son de cáncer de mama.

Para la ciudad de Monterrey, la edad promedio fue de 50.5 (D.E.= 10.5) y un promedio de escolaridad de 7.9 (D.E.=4.2), equivalente al segundo año de

secundaria, como se puede ver en la Tabla 4. En cuanto al estado civil, el 35% de la muestra fue de casadas y el 15% solteras, como se observa en la Tabla 4.1. El 12.5% de estas mujeres trabaja actualmente y el 37.5% trabajaba antes de recibir el diagnóstico.

Tabla 4. Variables demográficas: Monterrey.

Ciudad		Edad	Escolaridad
Monterrey	Media	50.5	7.9
	Mediana	49	6
	D.E	10.5	4.2

Tabla 4.1. Estado civil: Monterrey.

Ciudad		f	%
Monterrey	Soltera	6	15.0
	Casada	14	35.0
	Divorciada	5	12.5
	Separada	7	17.5
	Unión libre	4	10.0
	Viuda	4	10.0

Respecto a las variables relacionadas con la enfermedad, la media de tiempo de diagnóstico para la ciudad de Monterrey fue de 28.85 (D.E.=39.48), de estas el 87.5% recibe tratamiento actualmente. Como se puede observar en la Tabla 5, la quimioterapia es el tipo de tratamiento más común para esta muestra.

Tabla 5. Tipo de tratamiento: Monterrey.

Ciudad		f	%
Monterrey	Medicamento	16	40
	Quimioterapia	16	45
	Medicamento y quimioterapia	2	5

Del total de participantes de la muestra de Monterrey, el 62% tiene antecedentes de cáncer, siendo el 22.5 de cáncer de mama.

Confiabilidad de los instrumentos

Se hizo el análisis de confiabilidad de los instrumentos los cuales mostraron tener una consistencia interna adecuada.

Tabla 6: Confiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Alfa de Cronbach	No. de ítems	Puntuaciones posibles
PSS	.70	14	0-4
QLQ-C30	.93	53	1-4
HADS	.75	7	0-3
MOS	.90	11	0-5
ATQ-R	.93	30	0-4
SHS	.73	4	1-7
CEC	.87	21	1-4

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de cada variable para cada ciudad, se pueden ver en la Tabla 7 y 7.1.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables.

Ciudad		Pensamientos Automáticos	Apoyo social	Depresión
Los Mochis	Media	29.24	46.12	5.56
	Mediana	26	48.50	5.00
	D.E	19.22	8.02	2.24
Monterrey	Media	33.80	42.50	6.42
	Mediana	32	44.50	5.00
	D.E	20.22	10.68	2.43

Tabla 7.1. Estadísticos descriptivos de las variables.

Ciudad		Felicidad	Calidad de vida	Estrés	Control Emocional
Los Mochis	Media	20.18	38.5	24.3	52.24
	Mediana	20	33.3	24.5	52
	D.E	5	2.75	6.56	10.538
Monterrey	Media	18.75	32.08	24.6	50.55
	Mediana	18	25	26	49
	D.E	5.97	2.96	6.45	13.63

Como segundo objetivo de este estudio se propuso analizar la relación de las variables psicosociales con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Los resultados se muestran a continuación:

Primeramente se revisó la normalidad de cada escala con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, siendo significativas las variables depresión, apoyo social y calidad de vida, lo cual indica la no normalidad de dichas variables, como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov:

Variable	Estadístico	gl	p
Depresión	.245	90	.000
Estrés	.062	90	.200
Apoyo Social	.133	90	.001
Pensamientos Automáticos	.063	90	.200
Calidad de Vida	.177	90	.001
Control Emocional	.093	90	.053
Felicidad	.081	90	.195

Resultados de correlación de las variables

Se realizó el análisis de correlación entre las variables psicosociales y las variables demográficas de edad y escolaridad, encontrando únicamente una relación significativa entre edad y control emocional ($r=.284$, $p=.007$). Hacer discusión.

Del análisis realizado entre las variables psicosociales, la variable depresión correlacionó de manera significativa con las siguientes: estrés ($r= .316$, $p= .002$), calidad de vida ($r= -.376$, $p=.001$), apoyo social ($r=-.385$, $p=.001$), felicidad ($r=-.356$, $p=.001$) y síntomas ($r= .279$, $p=.008$). Estrés correlacionó con calidad de vida ($r= -.306$, $p=.003$), apoyo social ($r=-.278$, $p=.008$), felicidad ($r=-.462$, $p=.001$), control emocional ($r= .229$, $p=.030$), control tristeza ($r= .268$, $p=.011$) y control preocupación ($r=.255$, $p=.015$).

La variable calidad de vida correlacionó además con felicidad ($r= .281$, $p=.007$), control enfado ($r= -.216$, $p= .041$) y síntomas ($r=.555$, $p=.001$). Apoyo social correlacionó también con felicidad ($r= .398$, $p=.001$) y felicidad con control preocupación ($r= -.273$, $p=.009$). Como se puede ver a continuación en la Tabla 7. Pensamientos negativos correlacionó con depresión ($r=.295$, $p=.005$), estrés ($r=.585$, $p=.001$), calidad de vida ($r=-.295$, $p=.014$), apoyo social ($r=-.448$, $p=.001$), felicidad ($r=-.414$, $p=.001$), control preocupación ($r=.283$, $p=.007$) y síntomas ($r=.237$, $p=.025$).

Tabla 9. Correlaciones de las variables con el coeficiente Pearson (n=90).

Variables	Depresión	Estrés	Calidad de vida	Apoyo Social	Felicidad	Control Emocional	Control Enfado	Control Tristeza	Control Preocupación	Síntomas
Depresión										
Estrés	.316**									
Calidad de vida	-.376**	-.306**								
Apoyo social	-.385**	-.278**	.056							
Felicidad	-.356**	-.462**	.281**	.398**						
Control Emocional	.164	.229*	-.201	-.110	-.177					
Control Enfado	.099	.084	-.216*	.076	-.031	.826**				
Control Tristeza	.170	.268*	-.167	-.168	-.135	.906**	.649**			
Control Preocupación	.140	.255*	-.184	-.150	-.273**	.818**	.523**	.641**		
Síntomas	.279**	.168	-.555**	-.056	-.191	.096	.004	.068	.157	
Pensamientos negativos	.377**	.585**	-.259*	-.448**	-.414**	.178	.049	.155	.283**	.237*

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Análisis de comparación de grupos T de Student

De acuerdo al tercer objetivo del estudio, se evaluaron las diferencias respecto a las variables psicosociales y calidad de vida en la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León, mediante el análisis de T de Student de muestras independientes. La homogeneidad de varianza se evaluó con la prueba de Levene, como se puede ver en la Tabla 8, ninguna de las variables resultó significativa, lo que nos dice que existe homogeneidad de varianza en cada una de ellas.

Tabla 10: Prueba de homogeneidad de varianzas.

Variable	F	p
Apoyo social	3.7	.058
Depresión	.635	.428
Pensamientos negativos	.079	.779
Calidad de vida	.060	.807
Estrés	.011	.916
Felicidad	2.4	.119
Control emocional	.81	.371

Tabla 11: Comparación de grupos con T de Student.

Variable	T	gl.	p
Apoyo social	1.836	88	.070
Depresión	-1.749	88	.084
Pensamientos negativos	-1.093	88	.278
Calidad de vida	1.062	88	.291
Estrés	-.159	88	.874
Felicidad	1.236	88	.220
Control emocional	.663	88	.509

Como se puede observar en la Tabla 9 ninguna de las variables presenta una diferencia significativa respecto a la comparación de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León.

Se realizó un análisis de diferencia de grupos mediante la T de Student de muestras independientes entre quienes recibían tratamiento de quimioterapia y quienes únicamente tomaban medicamento, como se muestra en la Tabla 12 se evaluó primeramente la homogeneidad de varianza con la prueba de Levene, resultando únicamente la variable depresión significativa, lo cual indica la ausencia de homogeneidad ($p=.002$). En cuanto a diferencias entre los grupos se encontró diferencia significativa en la variable depresión ($T=-2.02$, $gl=59$, $p=.047$), como se puede apreciar en la Tabla 13.

Tabla 12. Prueba de homogeneidad de varianza de Levene.

Variable	F	p
Calidad de vida	1.213	.275
Control Emocional	1.001	.321
Estrés	1.134	.291
Pensamientos Negativos	1.257	.267
Depresión	10.609	.002
Apoyo social	1.125	.293
Felicidad	.678	.413

Tabla 13. Diferencia entre grupos respecto a tipo de tratamiento.

Variable	T	gl.	p
Apoyo social	.446	59	.105
Depresión	-2.02	59	.047
Pensamientos negativos	-1.57	59	.121
Calidad de vida	-1.30	59	.196

Estrés	-1.35	59	.181
Felicidad	1.64	59	.105
Control emocional	-.859	59	.394

Análisis de regresión

Se procedió a realizar el análisis de regresión para cumplir con el objetivo 3, para ello se utilizó el método por pasos con el criterio por default del programa (entrada de variable al .05 y .10 para salida de ellas del modelo). Primeramente se presentan las medidas de tendencia central de las variables para cada ciudad, como se pueden observar en la Tabla 14.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las variables incluidas en el modelo de regresión.

Ciudad		Calidad de vida	Estrés	Síntomas	Control Enfado
Los Mochis	Media	38.5	24.38	41.33	17.74
	Mediana	33.3	24.5	38.17	18
	D.E.	2.75	6.56	10.41	4.13
Monterrey	Media	32.03	24.6	44.19	17.1
	Mediana	25	26	39.01	17
	D.E.	2.96	6.45	12.75	5.25

Posteriormente se procedió a elaborar el análisis de regresión múltiple con la variable calidad de vida como dependiente y los síntomas, estrés y control enfado como variables independientes (tabla 15), se obtuvieron tres modelos en el primero entra síntomas; en el segundo modelo síntomas y estrés; síntomas, estrés y control enfado en el tercero, , el cambio de F fue significativo ($p < .05$), el valor del estadístico Durbin-Watson fue de 1.862, el índice de tolerancia fue de 1.000, por lo que se considera adecuado el modelo de regresión, explicando este el 37.2% de la varianza. Como se puede observar en la tabla 15, el

coeficiente de determinación fue .393 ($R^2 = .393$), el coeficiente Beta de la variable síntomas fue negativo y significativo ($B = -.520$; $t = -6.1$, $p < .05$), el de estrés fue negativo y significativo ($B = -.202$; $t = -2.36$, $p < .05$) y el de control enfado fue también negativo y significativo ($B = -.196$; $t = -2.33$, $p < .05$).

Tabla 15. Análisis de Regresión. Calidad de vida

Calidad de vida (VD)	R	B	Beta	T
Constante		10.205		13.791**
Síntomas	.555	-.065	-.520	.6.1**
Estrés	.595	-.045	-.202	-2.367*
Control enfado	.627	.061	-.196	2.328*

* $p < .05$ ** $p < .01$ $R = .627$, $R^2 = .393$, $R^2_{aj} = .372$ $F = 5.42$, $gl = 2$, $p < .022$

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Debido al carácter crónico de padecer una enfermedad tan amenazante, como lo es el cáncer de mama, desde el momento de su diagnóstico hasta la intervención quirúrgica y tratamiento, es muy probable que los pacientes puedan desarrollar algún tipo de malestar emocional significativo debido a las complejas consecuencias psicológicas, sociales, familiares y económicas derivadas de esta enfermedad (García-Viniegras & González, 2007; Font & Cardoso, 2009; Villa & Vinaccia, 2006).

Partiendo del objetivo general de esta investigación, se propuso analizar la relación de las variables psicosociales con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, la variable de síntomas correlacionó negativamente con esta, ya que la presencia de síntomas físicos relacionados con el tratamiento o la enfermedad tienen un gran impacto en la calidad de vida provocando además malestar emocional significativo en los pacientes con enfermedades neoplásicas, como lo reportan en sus estudios diversos autores (Safee et al, 2008; Bajuk & Reich, 2011; Terol, López-Roig & Rodríguez-Marín, 2000).

El padecer una enfermedad crónica como lo es el cáncer de mama, trae consigo la presencia de malestar emocional, como puede ser la sintomatología depresiva, en diferentes etapas de la enfermedad y tratamiento. En este estudio, se encontró una correlación negativa, que nos indica que a mayor depresión menor será el nivel de calidad de vida percibida del paciente. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Godding et al (1995); Grassi et al (1996) & Winnie et al (2010); proporcionando evidencia de que los síntomas psicológicos influyen en el bienestar de los pacientes durante el tratamiento del cáncer.

Así como también, se encontró la relación negativa entre el estrés y la calidad de vida, resultado que viene a confirmar la Hipótesis 1 de este estudio. Como ya se ha señalado anteriormente, padecer cáncer de mama es un acontecimiento estresante que supone severos daños en la calidad de vida del paciente, debido al impacto en diferentes áreas de la persona. Juárez y Landero (2009) encontraron esta relación en un estudio con mujeres con cáncer de mama, concluyendo que dicho padecimiento es catalogado como estresante debido al impacto biopsicosocial que tienen su diagnóstico y tratamiento. Estos resultados concuerdan también con los encontrados por Härtl et al (2010); Millar et al (2005) y Golden-Kreutz et al (2005).

Además, la variable pensamientos negativos influyen de manera directa en la aparición del estrés, siendo la manera de cómo el paciente hace una evaluación respecto a su enfermedad. Así como también con la presencia de este tipo de distorsiones cognitivas, está además relacionada con la percepción que esta tenga del apoyo social, ya que se ha encontrado una relación, que a mayor pensamientos negativos, menor será el apoyo social percibido, coincidiendo esto con los resultados de Villa y Vinaccia (2009). Al contrario de esto, Font y Cardoso (2009), han encontrado que a nivel de pensamientos, predomina el pensar que la enfermedad se debe superar y no se debe intentar buscarle sentido.

La presencia de pensamientos negativos se ha asociado a una menor calidad de vida percibida en este tipo de pacientes, como lo confirma nuestro estudio demostrando una correlación significativa entre dichas variables, esto se puede explicar desde la influencia de estas variables en la aparición y mantenimiento de estrés y depresión.

Se encontró relación entre el apoyo social y el estrés, el cual nos indica que a menor apoyo social, mayor será el estrés, esto nos dice que funciona de manera importante como amortiguador y protector de la aparición del estrés y

pensamientos negativos, estos resultados son consistentes con los encontrados por Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer y Spiegel (2000); Castro, Campero y Hernández, (1997); Cohen y Wills, (1985). También estos resultados coinciden con los de González-Tablas et al (2001), que comprobaron que un uso más frecuente de estrategias de búsqueda de apoyo social, se acompañaba de menor malestar emocional, funcionando como factor protector contra el estrés que provoca una enfermedad como lo es el cáncer de mama.

En un estudio realizado por Vinaccia et al (2005) en pacientes con cáncer pulmonar, se encontraron puntajes de calidad de vida adecuados, estos explicados por la manifestación de apoyo social del personal de salud y amigos, ya que el apoyo por parte de la familia, aunque era más frecuente, lo percibían como pobre. Estos resultados son diferentes a los de nuestra investigación, ya que en nuestro estudio no se encontró relación significativa entre dichas variables.

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) encontraron en su estudio de pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos y a nivel cognitivo presentaron supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por pensamientos positivos que les favorecieran tolerar la enfermedad. El patrón de conducta tipo C, se puede entender como un modo de afrontamiento caracterizado por el control y dominio de emociones socialmente negativas especialmente la ira.

El perfil de la persona con mayor riesgo de incidencia y/o progresión más rápida del cáncer podría ser el de personas con apoyo social escaso o inadecuado, que utiliza el desamparo/ desesperanza como modo de afrontamiento al estrés, de bajo neuroticismo/ansiedad, cálido, cordial y con escasa expresión de emociones negativas, en particular la ira (Andreu, 1998). Lo anterior respalda nuestros resultados donde la variable control enfado, que es parte de la escala

de control emocional, correlacionó negativamente con la calidad de vida, lo que nos dice que las personas que tienden a no expresar las emociones negativas de ira, tendrán una menor calidad de vida percibida.

Finalmente, en cuanto a las correlaciones, se encontró una relación significativa entre calidad de vida y felicidad, el enfrentar una emoción positiva, será un factor importante para superar de manera más rápida las situaciones de estrés y ayudar a hacerse fuertes o resistentes ante futuras adversidades, la experimentación de este tipo de emociones contribuye a la calidad de vida de las personas, estos resultados son consistentes con los de Fredrickson (1998).

En cuanto al objetivo dos de nuestra investigación, se evaluaron las diferencias respecto a las variables psicosociales y calidad de vida en la ciudad de Los Mochis, Sinaloa y Monterrey, Nuevo León, coincidiendo con el estudio de Galli (2007), el cual se realizó con población psiquiátrica y clínica con afecciones cardiovasculares, no se observaron diferencias significativas entre las ciudades de Balcarce y Lincoln, Argentina con respecto a la percepción global y promedio de calidad de vida. Por lo cual podríamos concluir que los puntajes de calidad de vida no están influidos por la ciudad de residencia, sino por otros factores psicosociales.

Habiendo realizado el análisis de regresión, se eligió el modelo que mejor explicaba el comportamiento de las variables como predictoras de la calidad de vida, las cuales fueron la variable síntomas, estrés y control enfado.

La variable síntomas funciona como predictora de la calidad de vida, influyendo de manera importante en la adaptación a la enfermedad, ya que el dolor, la fatiga y otros síntomas físicos que pueden llegar a ser limitantes en la vida del paciente, como se ha encontrado en diversos estudios (Vinaccia et al, 2005 & Janz et al, 2005).

El estrés se encontró también como factor que influye en la calidad de vida de las mujeres de este estudio, dada la gravedad de la enfermedad y la amenaza que supone, desde el impacto del diagnóstico, los efectos secundarios del tratamiento, las alteraciones en la apariencia corporal, el temor a la recurrencia, o el mismo miedo a morir, pueden ser fuentes de estrés psicosocial, afectando de manera importante la percepción de salud y bienestar de las pacientes, resultados que son consistentes con las investigaciones de diversos autores del estrés como predictor de la calidad de vida (Perry, Kowalsky & Chang, 2007 & Constanzo et al, 2007).

Como último factor, y no menos importante se encuentra el control del enfado como predictor, como ya se ha mencionado anteriormente, esta variable se ha relacionado en diversos estudios como influyente en la calidad de vida, esta afectado de manera negativa en las pacientes, resultados similares a los encontrados por Evans, Thompson, Browne, Barr y Barton, (1993), quienes encontraron que la personalidad resistente contribuía de manera significativa en la calidad de vida, pese a que la calidad de vida reportada fue favorable.

Este modelo explica el 37.2% de la varianza en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama evaluadas en este estudio, sabiendo que esta variable puede estar influida por diversos factores, estas son las que más aportan a la calidad de vida de nuestra muestra.

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, se puede concluir que las variables síntomas, depresión, estrés, pensamientos negativos, control enfado, se relacionan de manera negativa, ya que la presencia de esta reducirá la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

La variable felicidad se presenta como factor protector de la calidad de vida, ya que al enfrentar emociones positivas se afrontarán de manera más rápida las situaciones difíciles que se puedan presentar durante el proceso de la enfermedad y tratamiento, influyendo así en la mejora de la calidad de vida de las pacientes.

La calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama no se verá determinada por la ubicación geográfica en la que se encuentren, sino en diversos factores psicosociales y relacionados con la enfermedad.

Las variables que mejor explican la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama son los síntomas asociados a la enfermedad y tratamiento, el estrés percibido y el control de las emociones de enfado.

Por lo anterior se hace la recomendación que en futuros estudios se hagan de tipo longitudinal para detectar los momentos en los que se presentan más estas variables psicosociales relacionadas con la calidad de vida, para así elaborar programas de intervención oportunos y adecuados a las necesidades de las pacientes.

Otra recomendación sería la de trabajar de manera conjunta con el equipo médico del hospital donde se realice alguna investigación similar, ya que esto facilitaría de manera importante la obtención de información relevante de las pacientes, como el acceso a los historiales médicos esto con el fin de relacionar variables psicológicas y aspectos de la enfermedad.

En cuanto a las limitaciones más importantes en este estudio fue la recolección de la muestra, ya que el levantamiento de esta fue realizado en la sala de espera de los hospitales, situación que llevaba a las participantes a desertar del llenado de los instrumentos al momento de que llegaba su turno de pasar a su consulta médica. Otro factor importante fue el estado físico de las potenciales

participantes, ya que algunas manifestaban no sentirse en condiciones de contestar, por lo que esto afectó en el total de muestra recabada.

El que el estudio contara con un número considerable de variables, fue un factor importante para que en algunas participantes el llenado de los instrumentos no fuera realizado a conciencia y esto afectara a los resultados, o que algunas de ellas desearán de participar en la investigación.

Se recomienda para futuros estudios sobre el tema, incluir la variable de estrategias de afrontamiento, así como considerar estudios de tipo longitudinal para detectar en qué momento tienen más consecuencias psicológicas negativas la enfermedad y considerarlo para la elaboración de programas de intervención.

Finalmente, para personas que estén interesadas en este tipo de temas, se hace la invitación a realizar programas de intervención adecuados a las necesidades de las pacientes como manera de contribuir en su bienestar, adaptación a la enfermedad y mejora de la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Guías Clínicas. SERGAS, 6(11); 1-6.
- American Cancer Society (2010). Cancer Reference Information, http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_1x_What_Is_Cancer.asp?sitearea=
- American Psychiatric Association (1994). Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM IV). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Andreu, Y. (1998). Personalidad tipo C. Historia y validez del concepto. Boletín de psicología, 1(59), 75-104.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que interviene en el desarrollo del cáncer y la respuesta al tratamiento. *ANALES Sis San Navarra*, 24(1), 173-178.
- Bajuk, L. & Reich, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicologicas*, 1, 19-30.
- Bardwell, W., Nitarajam, L., Dismdale, J., Mortimer, J. & Hollenback, K. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24(16), 2420-2427.
- Bardwell, W., Nitarajam, L., Dismdale, J., Mortimer, J., Hollenback, K. (2006) Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 24(16):2420-7.
- Barra, E. (2003). Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Vélez, V. (2004). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24, 55-61.

- Beck, A. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, A. & Shaw, B. (2000). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée.
- Brandan, M. & Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Cancerología*, 1, 147-162.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Brissette, I., Scheier, M. & Carver, C. (2002). The Role of Optimism in Social Network Development, Coping, and Psychological Adjustment During a Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102 - 111.
- Burgess, C., Cornelius, V., (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330, 1-4 Recuperado el día 7 de mayo de 2010, de: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/330/7493/>
- Calvete, E. & Connor-Smith, J. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-207.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cantor, S., Fahs, M., Mandelblatt, J., Myers, E., Sanders, G. (2003). Decision science and cervical cancer. *Cancer*, 98(9), 2003-2008.
- Carrobbles, J. (1996). Estrés y trastornos asociados. En Caballo, E, Buela-Casal, G., & Carrobbles, J., (Eds.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. (Vol. 2). Madrid: Siglo XXI.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Journal of public health*, 31(4), 425-435.
- Cervera, S. & Aubá, E. (2005) Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 85, 7-29.
- Chen, W & Colditz, G. (2007). Risk factors and hormone-receptor status: epidemiology, risk-prediction models and treatment implications for breast cancer. *Nature Clinical Practice Oncology*, 4, 415-23.

- Cheng D., Yoon S., Lauwers G. & Patel D. (2007). Case 22-2007: A Women with a family history of gastric and breast cancer. *NEJM*, 357: 281-91.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544- 550.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Finding Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harrer and Row.
- Danner, D., Snowdon, D. & Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- De Vita, V., Hellman, S. & Rosenberg, S. (2000). *Cáncer: Principios y Práctica de la Oncología*, (Vol. 10). Buenos Aires: Panamericana.
- Diener, E. & Seligman, M. (2002). Very Happy People. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (2002). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Durá, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saude e Doencas*, 1(1), 27-43.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M., Ibañez, E., Pérez, S., Ferrando, M., Murgui, S., & Martínez, P. (2010). Emotional Suppression and Breast Cancer: Validation Research on the Spanish Adaptation of de Courtland Emotional Control Scale (CECS). *Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 406-417.
- Elias, S., Contreras, A. & Llanque, C. (2008). Cáncer o carcinoma de mama. *Revista Pacheña de Medicina Familiar*. 5(7): 14-23.
- Ellis, A. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. 2nd edition. Springer

Pub Co.

- Espínola-Rodríguez, S. & Carmelo, E. (S.F). Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicología, Cultura y Sociedad*. 155-168.
- Estévez, A. & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 25(1), 27-35.
- Evans, D., Thompson, A., Browne, G., Barr, R. & Barton, W. (1993). Factors associated with the psychological well-being of adults with acute leukaemia in remission. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 153-160.
- Extremera, N., Fernández, P., González, V., Cabello, R. (2009). Una validación preliminar de la versión española de la Subjective Happiness Scale. En P. Fernández-Berrocal (Coord.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. (Pp. 39-44.). España: Fundación Marcelino Botín.
- Fawzy, F. & Greenberg, D. Oncology. En Rundel, J. & Wise, M. (1996). *Textbook of consultation-Liarsen Psychiatric*. Washington: The American Psychiatric Press.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3a ed.)*. Bruselas: European Organization for Reserch and Trearment of Cancer
- Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Franco-Marina, F., Lazcano-Ponce, E., y López-Carrillo, L., (2009). "Mortalidad por cáncer de mama en México. Un análisis de edad-periodo-cohorte". *Salud Pública de México*, 51(2).157-164.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American psychologist*, 56, 218-226.
- García, J. & Martínez, M. (2007). *Cáncer de mama*: Madrid: Arán.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319.
- Fredrickson, B. (2000). Positive emotions. En Zinder, C. & López, S. (Eds.).

- Handbook of positive Psychology. New York: Oxford University Press.
- García-Viniegras, C. & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 72-80.
- García-Viniegras, C. & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Godding, P., McAululty, R., Wittrock, D. & Khansur, T. (1995). Predictors of depression among male cancer patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 95-98.
- Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Wells, D., Gregorios, S. et al. (2005). Traumatic Stress perceived global stress and life events: prospective predicting quality of life in breast cancer patients. *Journal of health psychology*, 24, 288-296.
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.
- Gonzalez-Tablas, M., Palenzuela, D., Pulido, R., Sáez, L. & López, E. (2001). The role of generalized expectancies of control on coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Ansiedad y estrés*, 7(1), 1-14.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, E. Piva, E. & Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 12(5), 300-307.
- Greer, S. & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social science and medicine*, 20, 773-777.
- Hamilton, W & Peters, T. (2007). *Cancer diagnosis in primary care*. New York:

Churchill Livingstone.

- Hartl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H. & Friese, K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impacts factors. *Psycho-Oncology*, 19, 160-169.
- Hegelson, V. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*. 19(2), 134-148.
- Helgeson, S., Cohen, S. Schulz, R. y Yasko, J. (2000). Group Support Interventions for Women With Breast Cancer: Who Benefits From What? *Health Psychology*, 19 (2), 107-114.
- Helgeson, V. & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.
- Hernández, E. & Grau, J. (2006). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Hollon, S. & Kriss, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Estadísticas a propósito del Día Mundial Contra el Cáncer. Febrero de 2010. Revisado el 24 de febrero de 2010, de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2010/cancer10.doc>
- Juárez, D. & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica UST*, 6 (2), 79 – 88.
- Kendall, P., y Hollon, S. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 81-93.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L.M., Robles, T., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

- Kirschbaum, C. Prussner, J. Stone, A. Federenko, L. Gaab, J. Lintz, D. Schommer, N. & Hellhammer, D. (1995). Persistent High Cortisol Responses to Repeated Psychological Stress in a Subpopulation of Healthy Men. *Psychosomatic Medicine* 57, 468-474.
- Knaul, F., López-Carrillo, L., Lazcano-Ponce, E., Gómez, H., Romieu, I. & Torres, G. (2009). "Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud". *Salud Pública de México*, 51(2), 135-137.
- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer A, & Frenk J, 2009. "Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante", *Salud Pública de México*; 51(2), 335-344.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lemos, M., Londoño, N. & Zapata, J. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.
- López, A., Ramírez, C., Esteve, R. & Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C: Una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología Conductual*, 10, 229-234
- Lykken, D. (2000). *The nature and nurture of joy and contentment*. New York: St. Martin s Griffin.
- Lyubomirshy, S. (2001). Why are some people happier than other? *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y practica*. México: Manual Moderno.
- Martín, J., Sánchez, M. & Sierra, J. (2005). Evaluación de la Calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 34-45.
- Martínez, J (2007). *Boletín de Práctica Médica Efectiva*, 19. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.
- Massie, J. M. & Popkin, M. (1998). Depressive disorders. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

- Millar, K., Parushotham, A., McLatchie, E. et al. (2005). A 1 year prospective study of individual variation in distress and illness perception after a treatment for breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 58, 335-342.
- Montes, L., Mullins, M. & Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de ginecología y obstetricia*, 71(2), 129-134.
- Moreno, B. & Kern, E. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 46-52.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En Buela-Casal, G., Caballo y Sierra, J. (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- National Cancer Institute, 2007, revisado el 17 de mayo de 2010 <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>
- Nezu, A., Nezu, C. & Blissett, S. (1988). Sense of humor as a moderator of relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Personality and social Psychology*, 54, 520-525.
- Novoa, A., Pliego, M., Malagón, B. & Bustillos, R. (2006). Historia natural del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74(2), 115-120.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico: Thompson.
- Oblitas, L. (Ed.). (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Cáncer. Nota descriptiva N°297, Julio de 2008. Revisado el 1 de abril de 2010, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Ornish, D. (1998). *Love and survival: The scientific basis for the healing power of intimacy*. New York: Harper Collins.
- Pasacreta, J (1998). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*,

47(2), 67-8.

- Pereyra, M. (2006). Estrés y Salud. En Oblitas, L. (Ed), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future
Psychosom Med; 64(1):15-28.
- Remor, E., Amorós, M. & Carrobles, J. (2006). Optimismo y la experiencia de la ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*, 22(1), 37- 44.
- Ritterband, L & Spielberger, C (2001). Depression in a cancer population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., Garcia, L., Martínez, A., & Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Robinson, F. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud. *Revista colombiana de cardiología*, 14(4), 207-222.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. & Morales, J. (2009). Depresión y Ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Safaei, A., Moguimi, B., Dehkordi, B., Zeighami, B. Tabatabaei, H. & Pourthoseingholi, M. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107-111.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B. & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sánchez, R & Álvarez, J. (2009). Cáncer infantil: estudio sobre el impacto psicológico en los pacientes y sus padres. En J. Álvarez, J. Moral, & J. Martínez (Comp.), *Psicología e Investigación en enfermedades degenerativas crónicas* (pp. 102-151). Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sandín, B (1995). Estrés. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds). *Manual de Psicopatología* (pp. 4-47). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3,

141-157.

- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2) (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Schover, L. (2000) Quality counts: the value of women's perceived quality of life after cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 76: 3-4
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2008). Rendición de cuentas de salud 2008. Revisado el 6 de mayo de 2010 de: www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs2008.pdf
- Secretaria de Salud (2007). Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 24(31), 1-3. Subsecretaría de prevención y protección de la salud (2002). Programa de Acción: Cáncer de mama. Secretaría de Salud. México.
- Sefchovich, G. (2005). *Aprendiendo del Cáncer*. México D.F:Pax México.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. (2003). *La autentica feicidad*. Barcelona, España: Vergara.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona, España: Vergara
- Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. & Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD. (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13, 161-174.

- Turner-Cobb, J. Sephton, S. Koopman, C. Blake-Mortimer, J. & Spiegel, D. (2000). Social Support and Salivary Cortisol in Women With Metastatic Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine* 62, 337-345.
- Valliant, G. (2002). *Aging well*. Boston: Little Brown and Company.
- Vera-Villaruel, P. & Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 31(2): 271-289.
- Veronesi, U., Boyle, P., Goldhirsch, A., Orecchia, R. & Viale, G. (2005). Breast Cancer. *The Lancet*. 365, 1727-1741.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida. *Psicología y salud*, 16, 51-52.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
- Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.
- Watson, M. & Greer, S. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science & Medicine*, 20(8), 773-777
- White, C. (2002). ABC of psychological medicine cancer. *BMJ*. 325, 377-380.
- WHO. The World Organization quality of life instruments. Recuperado el 22 de abril de 2010. De: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whogolbref/en/
- Winnie, K., Gene, M., Ling, W., Leving, F., Lo, J., Yeung, M. & Li, G. (2010).

Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 17-22.

ANEXOS

ANEXO I. Instrumentos de evaluación utilizados

ENCUESTA PARA CÁNCER DE MAMA

N° Encuesta _____

V1. Edad (años cumplidos) _____ V2. Escolaridad (años de asistir a la escuela) _____

V3. Estado civil: 1.Soltera _____ 2.Casada _____ 3.Divorciada _____ 4.Separada _____

5.Unión libre _____ 6.Viuda _____

V3a. ¿Cuánto tiempo tiene de estar...? (respecto a la pregunta anterior) Años _____
Meses _____

V4. ¿Trabaja usted? (Se refiere a trabajo que proporcione ingresos, dentro o fuera de la casa)

1. Si _____ 2. No _____

V5. ¿Trabajaba antes de recibir el diagnóstico de cáncer? 1. Si _____ 2. No _____

V6. ¿Cuánto tiempo tiene de haber recibido el diagnóstico de cáncer? Años _____ Meses _____

V7. ¿En qué estadio se encuentra su enfermedad? _____

V8. ¿Recibe actualmente algún tratamiento para el cáncer? 1. Si _____ 2. No _____

V9. Tiene hijos? Si _____ No _____

V10. Recibió cirugía? Si _____ No _____

V10a. ¿Qué tipo de tratamiento recibe? 1. Medicamento _____ 2. Quimioterapia _____ 3. Radioterapia _____ 4. Otro _____

V11. Marca con una X las opciones según sea su caso, a todos los que viven en su casa: (1)

Padres _____ (2) Cónyuge (pareja) _____ (3) Hijos _____ (4) Hermanos _____ (5) Abuelos _____

(6) Tíos(as) _____ (7) Otros _____

V12. ¿Tiene usted familiares que hayan tenido cáncer? 1. Si _____ 2. No _____

V12a. Cáncer de mama _____ V8b. Otro cáncer _____

V13. ¿Ha estado expuesta a algún tipo de sustancias tóxicas o radioactivas? 1. Si _____ 2. No _____

V13a. En caso de ser Si su respuesta anterior, mencione cuales:

V14. ¿Hubo algún evento o situación estresante durante el último año antes de diagnosticarse su enfermedad? 1. Si _____ 2. No _____

V14a. En caso de ser Si su respuesta anterior, mencione cual(es):

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tiene Ud.?

A1a. N° de amigos(as) íntimos: _____ **A1b.** N° de familiares cercanos: _____

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de algún apoyo cuando lo necesita?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
A2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama (por enfermedad, etc.)	1	2	3	4	5
A3. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
A4. Alguien con quien pasar un buen rato (diversión, entretenimiento, etc.)	1	2	3	4	5
A5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo(a), o sus problemas	1	2	3	4	5
A6. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
A7. Alguien que le prepare sus comidas si no puede hacerlo (usted)	1	2	3	4	5
A8. Alguien que le ayude en sus tareas diarias (domésticas y otras), si estuviera enferma	1	2	3	4	5
A9. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
A10. Alguien que le aconseje cómo lidiar o resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
A11. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
A12. Alguien a quien amar y sentirse querida	1	2	3	4	5

Para cada una de las siguientes declaraciones y/o preguntas, por favor encierre el punto de la escala que considere más apropiado para describirlo a usted.

F1. En general me considero

1 2 3 4 5 6 7

Una persona no muy feliz

Una persona muy feliz

F2. En comparación con la mayoría de mis compañeros, me considero:

1 2 3 4 5 6 7

Menos feliz

Mas feliz

F3. Algunas personas son generalmente muy felices. Ellos disfrutan la vida sin importar lo que está pasando, para obtener el máximo provecho de todo. ¿Hasta qué punto esta caracterización lo describe a usted?

1 2 3 4 5 6 7

Para nada

En gran medida

F4. Algunas personas son generalmente no muy felices. A pesar de que no están deprimidas, nunca parecen tan felices como podrían ser. ¿Hasta qué punto esta

lee cada uno e indica la frecuencia con la que te viene a la cabeza cuando tienes dolor. Marca el número correspondiente: 0 = En absoluto (nada); 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente	(nada)				
ATQ21. Soy un perdedor	0	1	2	3	4
ATQ22. Mi vida es un desastre	0	1	2	3	4
ATQ23. Soy una fracasada	0	1	2	3	4
ATQ24. Nunca lo conseguiré	0	1	2	3	4
ATQ25. Me siento tan impotente, tan desamparada	0	1	2	3	4
ATQ26. Algo tiene que cambiar	0	1	2	3	4
ATQ27. Tiene que haber algo en mí que no funciona bien	0	1	2	3	4
ATQ28. Mi futuro es un desierto	0	1	2	3	4
ATQ29. Ya no vale la pena	0	1	2	3	4
ATQ30. No consigo terminar nada de lo que empiezo	0	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que mejor se adecue a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ...Ha estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ...Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
E3. ...Se ha sentido nerviosa o estresada (llena de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ...Ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ...Ha sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
E6. ...Ha estado segura sobre su capacidad de manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ...Ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
E8. ...Ha sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ...Ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
E10. ...Ha sentido que tiene el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ...Ha estado enfadada porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
E12. ...Has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4

E13 ...Ha podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14 ...Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Quando me siento muy enfadado...					
C1.	Me quedo callada	1	2	3	4
C2.	Rehusó discutir o decir nada	1	2	3	4
C3.	Me reprimo	1	2	3	4
C4.	Digo lo que siento	1	2	3	4
C5.	Evito hacer una escena (un drama, un berrinche)	1	2	3	4
C6.	Controlo mis sentimientos	1	2	3	4
C7.	Oculto mi enfado	1	2	3	4

Quando me siento infeliz o desgraciado...					
C8.	Rehusó hablar de ello	1	2	3	4
C9.	Oculto mi tristeza	1	2	3	4
C10.	Me hago el fuerte	1	2	3	4
C11.	Me quedo callada	1	2	3	4
C12.	Dejo que los demás vean cómo me siento	1	2	3	4
C13.	Controlo mis sentimientos	1	2	3	4
C14.	Me reprimo	1	2	3	4

Quando estoy ansioso o preocupado...					
C15.	Dejo que los demás vean cómo me siento	1	2	3	4
C16.	Me quedo callada	1	2	3	4
C17.	Rehusó hablar de ello	1	2	3	4
C18.	Les cuento a los demás lo que me pasa	1	2	3	4
C19.	Digo lo que siento	1	2	3	4
C20.	Me reprimo	1	2	3	4
C21.	Controlo mis sentimientos	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada: Durante la semana pasada...		En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Q1.	¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta?	1	2	3	4
Q2.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
Q3.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
Q4.	¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
Q5.	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	1	2	3	4
Q6.	¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
Q7.	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
Q8.	¿Sintió que se le corto la respiración?	1	2	3	4
Q9.	¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
Q10.	¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
Q11.	¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
Q12.	¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4

Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada: Durante la semana pasada...		En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Q13.	¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
Q14.	¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
Q15.	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
Q16.	¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4
Q17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
Q18.	¿Estuvo cansada?	1	2	3	4
Q19.	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
Q20.	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
Q21.	¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
Q22.	¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
Q23.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
Q24.	¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4
Q25.	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
Q26.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4

Lea cada pregunta y marque la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional Durante la última semana...

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	0. Igual que antes	1. No tanto como antes	2. Solamente un poco	3. Ya no disfruto con nada
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	0. Igual que siempre	1. Actualmente, algo menos	2. Actualmente, mucho menos	3. Actualmente, en absoluto
D.3. Me siento alegre:	3. Nunca	2. Muy pocas veces	1. En algunas ocasiones	0. Gran parte de los días
D.4. Me siento lento/a y torpe:	3. Gran parte de los días	2. A menudo	1. A veces	0. Nunca
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:	3. Completamente	2. No me cuido como debería hacerlo	1. Es posible que no me cuide como debiera	0. Me cuido como siempre lo he hecho
D.6. Espero las cosas con ilusión:	0. Como siempre	1. Algo menos que antes	2. Mucho menos que antes	3. En absoluto
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:	0. A menudo	1. Algunas veces	2. Pocas veces	3. Casi nunca

ANEXO II. Consentimiento informado de participación en la investigación.

CONSENTIMIENTO ESCRITO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: *Estudio comparativo de variables psicosociales relacionadas con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.*

Se le ha pedido participar en un proyecto de investigación donde colaboran tanto miembros del Cuerpo Académico en Psicología Social como tesis de la Facultad de Psicología, U.A.N.L. El objetivo del proyecto es evaluar las variables psicosociales relacionadas con la calidad de vida en mujeres con cáncer.

Su participación en la investigación consiste en responder unos cuestionarios y algunos datos generales acerca de usted y de su enfermedad, esta sesión de evaluación tiene una duración aproximada de una hora.

Toda la información que proporcione en los cuestionarios será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Si publicamos los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no la identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que reciba en este momento o en el futuro. Le agradecemos de antemano su tiempo y disponibilidad.

Antes de responder sí o no y firmar, ante cualquier duda puede preguntarles a los participantes o responsables que le han entregado esta hoja. Si aún tiene dudas puede pedir una cita con el responsable del proyecto, Dr. René Landero Hernández. La dirección es c/Mutualismo 110, Facultad de Psicología, Unidad de Práctica, 1ª planta, Col. Mitras Centro. C.P. 646460. Mty, NL, México. E-mail: rene.landerohr@uanl.edu.mx . Tel. 83338222.

He comprendido claramente la información, qué se espera de mí y conozco mis derechos.

Sí () No ()

Estoy conforme en participar en el proyecto de investigación Sí () No ()

Firma del paciente:

Firma del responsable del proyecto:

Dr. René Landero Hernández

Testigo 1

Testigo 2

Nombre:

Nombre: