

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Unan – León

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología



Tesis para optar al título de Licenciadas en Psicología.

Estrategias de afrontamiento y nivel de depresión en las pacientes con cáncer de mama del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales, León. Enero-October 2009.

Integrantes:

Caren Yasmina Casco Granera.

María José Jáenz Corea.

Tutor: Dr. Alberto Berríos Ballesteros.
Docente Investigador-Psicología.

Asesor Metodológico: MSC. Haroldo Argeñal Fonseca.
Docente de la Facultad de Ciencias Médicas.
Departamento de Fisiología.

León, Noviembre del 2009.

“A la Libertad por la Universidad.”



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Unan –
León**

Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Psicología.

Estrategias de afrontamiento y nivel de depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León. Enero-octubre 2009. Elaborado por Caren Yasmina Casco Granera y María José Jáenz Corea. Tutor: Dr. Alberto Berrios Ballesteros/ Docente Investigador-Psicología.

Resumen

En relación al tema, hay carencias de estudio con suficiente evidencia científica para dar una imagen clara de cuáles son las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama.

Por eso es relevante saber si estas estrategias de afrontamiento han sido vividas por las pacientes y si estas han influido de manera significativa en su nivel de depresión.

Problema: ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento y nivel de depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama del HEODRA, León. Enero-octubre 2009?

Objetivos: Describir el perfil sociodemográfico de las pacientes. Identificar las estrategias de afrontamiento. Determinar el nivel de depresión. Relacionar las estrategias de afrontamiento con el nivel de depresión. Estudio: Descriptivo. Muestra: 40 pacientes con Ca de mama. Resultados encontrados: las pacientes utilizaron mas estrategias pasivas como: el autocontrol, la revalorización positiva. En cuanto al nivel de depresión tenemos que el 33% de la población en estudio no presento síntomas depresivos; no así el 45% que presento síntomas que pueden clasificarse como depresión menor. En la relación que hay entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión tenemos: que esta es muy significativa ya que tanto las pacientes que no presentaron depresión, como las que presentaron depresión utilizaron estrategias similares. Recomendamos al Hospital darles tratamiento médico junto al abordaje psicológico, enseñándoles a afrontar de una forma positiva la enfermedad y aclarar todas las dudas que tengan sobre algunos aspectos de la enfermedad. (Origen, causas, consecuencias, etc.).

Índice.

I-	Introducción.....	1
II-	Planteamiento del problema.....	6
III-	Objetivos.....	7
IV-	Marco teórico.....	8
V-	Diseño Metodológico.....	22
VI-	Resultados.....	29
VII-	Discusión.....	32
VIII-	Conclusión.....	36
IX-	Recomendaciones.....	37
X-	Bibliografía.....	39
XI-	Anexos.....	42

I. Introducción.

El presente trabajo expone una de las enfermedades neoplásicas que se da con mayor frecuencia en las mujeres, como es el cáncer de mama y la cual es la primera causa de muerte en el sexo femenino a diferencia de los hombres que es el cáncer de estómago y de próstata. El cáncer de mama puede ser genético o hereditario aunque hay otros factores que influyen como antecedentes personales, estilos de vida y raza. Esta enfermedad es producida por una proliferación de células anormales con capacidad de invasión y destrucción a otros tejidos que cambian y crecen sin control.¹

La mama es un órgano glandular asociado a la feminidad de la reproducción y símbolo de sexualidad, según el rol social asignado, la ausencia de la misma conlleva una alta carga afectiva, y emocional, aspecto que durante el proceso del diagnóstico, tratamiento y manejo de las secuelas pueden impactar psicológicamente, afectando a diferentes niveles de su vida, lo que provocará: un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, miedo, ansiedad, tristeza, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento, desesperanza, lo que puede generar depresión en las pacientes según la duración, intensidad o frecuencia de las mismas.²

Habitualmente a los pacientes con cáncer de mama se les suele asociar la depresión después de su diagnóstico, esto es a consecuencia del impacto emocional, miedo a la recidiva del tumor o a los efectos secundarios del tratamiento tales como la alopecia, la pérdida definitiva de la fertilidad, sintomatología menopáusica prematura producto de la quimioterapia y la radioterapia.

Las investigaciones llevadas a cabo por Vázquez y Reig (1996) en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga, revela que cada año se diagnostican siete millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo y que de estos unos cuatro millones van a padecer alguna alteración psicológica en algún momento de la evolución de la enfermedad como puede ser la depresión.³

Cabe destacar que la depresión es una enfermedad discapacitante que afecta del 15% al 25% de los pacientes de cáncer, afecta de la misma manera a hombres y mujeres que lo padecen, las personas que reciben un diagnóstico de cáncer experimentarán distintos niveles de tensión y angustia emocional.

Toda esta experiencia negativa provoca reacciones de aprensión, negación, es así que la mujer va a responder a su condición de enferma, activando sus estrategias de afrontamiento y las respuestas van a ser diferentes según la manera como cada persona perciba y le dé significado a su padecimiento ⁴

De acuerdo a lo anteriormente expuesto podemos mencionar algunos autores que han analizado la temática: como Lazarus y Folkman (1984), en un estudio realizado en España en mujeres con cáncer encontraron que las respuestas de afrontamiento se dividen en aproximación y evitación y que estas se dividen a su vez en 2 categorías que reflejaban los métodos de afrontamiento cognitivo y conductuales que las personas ponen en practica para afrontar sus problemas.

Así también cabe mencionar el estudio de Brown y Nicassio (1987), Valderrama, Carbellido y Domínguez (1992), que realizaron un estudio en el Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, Chile, en mujeres con cáncer de mama que acudieron a consulta con el oncólogo y a quienes se les indicó la realización de alguno tratamientos de quimioterapia.

Los resultados de estos estudios demuestran que el estilo de afrontamiento más utilizado es la negación es decir que las pacientes utilizaban más estrategias pasivas, caracterizadas por no molestar a los demás y no implicar a otras personas; como por ejemplo, las que se derivan de este estilo de afrontamiento cooperativo, que evita conflictos, suprime emociones y usa la represión como mecanismo de afrontamiento, que estrategias activas en las que se haga a otros partícipes de su proceso doloroso.⁵

Así también se han realizado estudios en mujeres con cáncer mamarios en donde se valora la presencia de depresión.

Entre estos se destacan los estudios realizados por M.A. Ruiz, S. Garde, y N. Ascunce del departamento de psicología de la personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos de Navarra durante los años 1994 y 1995. Esta investigación tenía el objetivo de medir la presencia o ausencia de depresión en 322 mujeres con cáncer de mama. En sus resultados encontraron que los mejores predictores del nivel de depresión son: niveles altos de ansiedad general, afrontar la enfermedad con desesperanza e indefensión, y con preocupación ansiosa y no poner en marcha suficientes estrategias que favorezcan el espíritu de lucha.

En relación a los niveles de depresión, los resultados obtenidos indican que el porcentaje de mujeres con depresión es sorprendentemente bajo puesto que sólo el 20,6% presenta depresión moderada o severa, mientras que el 79,4%, aunque informa de alteraciones en el estado de ánimo, sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) no revelan un estado de ánimo depresivo.⁶

Un estudio llevado a cabo por el Doctor José María Prieto entre 1994 y 1997. Encontró que la depresión puede llegar a duplicar el riesgo de muerte en pacientes con cáncer de mama. Y Según investigadores del Hospital Clínic de Barcelona esta observación subraya la importancia de diagnosticar y tratar a tiempo esta patología en pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida e incluso aumentar su supervivencia.⁷

Igualmente mencionamos una investigación llevada a cabo en Julio-Agosto del 2007 por los trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco, con el objetivo de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de 225 mujeres con cáncer de mama.

La sintomatología depresiva y ansiosa fue evaluada con base en la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS, por las siglas en inglés).

Encontrando en sus resultados que la puntuación promedio en la escala de depresión fue de 5.5 ± 4 , y en la de ansiedad de 8.1 ± 4.5 . De acuerdo con el punto de corte propuesto para las escalas (10 puntos), la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 14.2%.⁸

En este sentido al realizar una revisión bibliográfica se puede señalar que hay abundante investigaciones relacionadas con esta temática, a diferencia de lo que ocurre en nuestro país donde hay pocos estudios publicados que aborden el cáncer de mama desde una perspectiva psicológica. En Nicaragua específicamente en León, se puede observar, en la práctica clínica, que las pacientes con cáncer de mama muestran durante el proceso de la enfermedad signos depresivos y ansiosos, incluso se manifiestan después del diagnóstico médico según los estudios llevados a cabo en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Aguilar por Sugey Escobar y Aracellys Lorio, en octubre del 2006, sobre las repercusiones biopsicosociales de la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama.

Y el de Zulema Correa y Yessenia Salgado en Febrero del 2007, sobre las repercusiones emocionales en mujeres que les han realizado mastectomía radical, pero poco se hace al respecto, los profesionales no realizan un trabajo de intervención que favorezca conductas de afrontamiento ante dicho mal, por lo cual surge la necesidad de realizar una investigación que proporcione beneficios en la salud mental de la población en estudio.^{1,9}

Aspecto que para nosotras como psicólogas nos motiva a poner en marcha nuestro mayor esfuerzo investigativo en indagar cómo afrontan su enfermedad. Teniendo en cuenta que un mejor afrontamiento supone mejora en su calidad de vida y por el contrario un deficiente afrontamiento conlleva a su pérdida.

Por todo lo expresado anteriormente queremos con este estudio ser fuente de información tanto para nosotras como para otros estudiantes interesados en el tema, además servirá para llenar el vacío de los pocos estudios realizados acerca del conocimiento que se tiene de las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama y el como afrontan esta enfermedad, los resultados de esta investigación servirán como fuente de referencia para futuros estudios que favorezcan el abordaje integral de estas pacientes; Igualmente creemos que será una experiencia desafiante para nosotras como futuras profesionales de la carrera de psicología ya que nos proporcionará herramientas de utilidad para nuestro desempeño profesional.

II. Planteamiento del problema.

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León. Enero-Octubre 2009?

III. Objetivos:

Objetivo General:

Conocer las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión en las pacientes con cáncer de mama del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León. Enero-Octubre 2009.

Objetivos Específicos:

1. Describir el perfil sociodemográfico de las pacientes con cáncer.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento que usan las pacientes con cáncer de mama.
3. Determinar el nivel de depresión en las pacientes con cáncer de mama.
4. Relacionar las estrategias de afrontamiento con el nivel de depresión presente en las pacientes con cáncer de mama.

IV. Marco teórico.

Cáncer: (Ca), es el término que se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común; la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. Supone una replicación celular anormal.

Debido a que la mama es un órgano con una carga afectiva, el impacto psicológico que produce en la paciente el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas de un cáncer, afectan a la mujer a diferentes niveles; lo que provocará: un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, miedo, ansiedad, tristeza, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento, desesperanza, lo que puede generar depresión en las pacientes según la duración, intensidad o frecuencia de las mismas.

La deformidad física de ellas altera el establecimiento de relaciones íntimas, en mujeres jóvenes sin parejas estables, o en aquellas que mantiene relaciones que ya eran conflictivas premórbidamente. Sentimientos de vergüenza por padecer una enfermedad oncológica, o por la ausencia de la mama a consecuencia de una mastectomía.¹⁰

Padecer cáncer de mama es emocionalmente devastador, pues provoca reacciones de sobresalto y negación, así como sentimientos de miedo y ansiedad. Es así que la mujer va a responder a su condición de enferma activando sus estrategias de afrontamiento y las respuestas van a ser diferentes según la manera como cada persona perciba y le dé significado a su padecimiento.⁸

Psicología y Cáncer de mama.

Todas las personas ante una situación de amenaza sufren un fuerte impacto emocional, que se manifiesta en numerosas y variadas respuestas emocionales que le permiten a la persona poder aceptar y adaptarse a la situación.

Las reacciones emocionales en estas situaciones de amenaza son normales y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona. Entre estas tenemos: ansiedad, tristeza, depresión, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento, desesperanza, miedo a la muerte, interrupción de planes de vida, cambios en la imagen corporal y el amor propio, cambios en su función social y su estilo de vida, preocupaciones monetarias y legales.⁷

Afrontamiento.

Algunos autores escriben el afrontamiento como las estrategias para tratar con la amenaza (Lazarus, 1966); Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría (Lipowski, 1970). Afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad (White, 1974); afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio (Weissman y Worden, 1977); Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido (Mechanic, 1978).¹¹

La manera de afrontar y vivir las diferentes situaciones estresantes va a ser diferente para cada persona, en el caso del cáncer el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de las pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer) (Watson y Greer, 1998).

El afrontamiento de la enfermedad: Greer lo describió, en 1978, basándose en un esquema según el cual, al inicio de la enfermedad, el impacto del diagnóstico es lo más importante ya que, a pesar de los avances en el tratamiento, el diagnóstico de cáncer supone una amenaza para la vida equiparable a una sentencia de muerte.¹²

Esta amenaza a la supervivencia puede ser interpretada de formas diferentes (desafío, amenaza que puede o no ocurrir, daño ya infringido o negación de tal amenaza) que darán lugar a distintos tipos de estilos de adaptación: el espíritu de lucha, la evitación o negación, el fatalismo o aceptación estoica, la desesperanza y el desamparo o la preocupación ansiosa.

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas físicos derivados de la propia enfermedad o del tratamiento, cobran más importancia ya que suponen una amenaza a la autoimagen y a la imagen que los demás tienen de ellas y que viene dada por una serie de cambios en el aspecto físico, las aptitudes físicas y mentales y los roles sociales.¹³

El afrontamiento que el individuo haga de estos cambios dará lugar a una serie de reacciones emocionales que pueden ser de ansiedad (cuando el factor amenazante es lo primordial), de rabia (cuando se considera un ataque injustificado contra él), de culpa (si se intenta dar una explicación a la enfermedad basada en una causa justificable), o de depresión (si se interpreta como una pérdida o daño), (Moorey & Greer, 1989).³

La respuesta con que la persona afronte la enfermedad se analiza desde la perspectiva transaccional la cual considera que el afrontamiento constituye un proceso en el que se pueden distinguir diversos componentes.

En primer lugar debemos hablar de la valoración, entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo. Podemos destacar dos grandes formas de valoración.

En primer lugar, aunque no necesariamente en este orden, la denominada como desafío, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema (supondría considerar la enfermedad como un reto). La segunda se denomina amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en las diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir.

Ante la aparición de un determinado evento el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional, la cual posee unas características y una determinada intensidad. A continuación aparecerían los recursos que posee la persona, los cuales intentan resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido por la situación.

En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamientos las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona.

En la medida en que estas estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tendrá unas características y también una intensidad, completándose así un bucle que finaliza con el agotamiento de la persona o con la finalización de la situación.¹⁴

Estrategias de afrontamiento.

Dentro de los trabajos realizados en el área psicológica tenemos los llevados a cabo por Lazarus y Folkman (1984) y Moos y Schaefer (1993) (Mikulic, I. M., 1998), quienes han dividido las respuestas de afrontamiento en aproximación y evitación; estos la dividen a su vez en dos categorías, estos son métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. El afrontamiento de aproximación se centra en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo.

Entre estas tenemos: Según Lazarus y Folkman. Las centradas en el problema las cuales a su vez se dividen en cognitivas y conductuales:

Cognitivas:

Revalorización positiva: describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal.

Autocontrol: describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

Conductuales:

Búsqueda de apoyo social: describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información, o buscar apoyo moral, simpatía o comprensión.

Confrontación: describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa.

Así mismo tenemos las estrategias centradas en la emoción las cuales a su vez también se dividen en cognitivas y conductuales.⁶

Cognitivas:

Huida- Evitación: Describe el pensamiento desiderativo. Es decir es la separación del problema o de la situación estresante.

Aceptación de la responsabilidad: Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema.

Conductuales:

Distanciamiento: Describe los esfuerzos por separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo.

Planificación: Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

Estas diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas, esto dependerá de si dichas estrategias ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas (a través de la reestructuración cognoscitiva) o del manejo pertinente de las respuestas emocionales.

El resultado del afrontamiento (efectivo o inefectivo), tendrá un impacto importante en la vida cotidiana, de tal modo que una paciente, con cáncer de mama por ejemplo, experimentará cambios en diferentes esfera de su vida y, dependiendo del tipo de afrontamiento podrá manejar favorable o desfavorablemente dichos cambios (Urquidi, 1996).

Entre las estrategias de afrontamiento que conllevan al individuo a un buen ajuste están las estrategias afrontamiento pasivo que son aquellas dirigidas al control emocional y que se asocian a un pobre ajuste a la enfermedad; mientras que el afrontamiento activo, como el espíritu de lucha y la expresión emocional se relacionan con un buen ajuste a la enfermedad (Friedman, Baer, Lewy y Lane, 1988; Heim, Valach y Schaffner, 1997; Bom.¹⁵

Todas las personas ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento para poder hacer frente ante las situaciones de amenaza y conseguir el control emocional.

- Búsqueda de ayuda dirigida a solucionar problemas.
- Centrarse en las emociones y desahogarse.
- Intentos por estar ocupada.
- Desconexión mental.
- Sentido del humor.
- Aislamiento o desconexión conductual.
- Renunciar a objetivos y metas.
- Reinterpretación positiva y crecimiento. desdramatizar y utilizar un lenguaje realista y positivo.
- Negación.
- Aceptación.
- Religión.
- Preocupación ansiosa.
- Desesperanza.

El afrontamiento pasivo sugieren que las pacientes reducen su nivel de actividad, contienen la expresión emocional tratando de aislarse y de implicarse ellas mismas en la explicación de sus problemas, por ejemplo, se mantienen alejadas de otras personas, no permiten que otros observen cómo se sienten, se culpan de sus problemas y piensan que sus problemas son un castigo por actos pasados.

No así los resultados de afrontamiento activo que indican que las pacientes buscan apoyo social y religioso, así como estrategias de expresión emocional para lidiar con sus problemas, por ejemplo, asistir con mayor frecuencia a actos religiosos, leer libros religiosos, hablar con amigos o parientes acerca de sus problemas.

El mecanismo de afrontamiento más adaptativo es el espíritu de lucha, que implica varias estrategias de afrontamiento activo con la intención de modificar y solucionar el problema, e incluye acciones directas para intentar paso a paso el afrontamiento de la situación.

Cuando estas estrategias no son efectivas las pacientes pueden presentar un sin número de trastornos psicológicos, entre ellos los mas comunes son la depresión, la ansiedad o el estrés. Aunque estos trastornos tienen gran importancia y trascendencia en la vida de las pacientes con cáncer, en este trabajo solo abordaremos la depresión de forma específica.¹⁶

Depresión:

La depresión es un estado en el que el paciente tiene frecuentes pensamientos de derrota, se encuentra en un estado de ánimo abatido sin causa aparente. A pesar de que tiene lo que se podría llamar "todo en la vida", en el sentido de que no tiene razones para sentirse mal anímicamente, pero a pesar de esto se sigue sintiendo mal, es decir, presenta distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo, de sí mismo, del mundo y del futuro. (Beck, 1978).¹⁷

La depresión es una enfermedad discapacitante que afecta de 15% a 25% de los pacientes de cáncer. Afecta de la misma manera a hombres y mujeres que padecen de cáncer. Las personas que reciben un diagnóstico de cáncer experimentarán distintos niveles de síntomas depresivos y de angustia emocional, entre los tipos de depresión más comunes que tenemos:

La distimia (o depresión "menor"), es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida, y viven una existencia sin júbilo y energía que casi parece ser una extensión natural de su personalidad.

La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras.

La depresión grave, conocida como depresión unipolar o clínica, o desorden bipolar es el tercer tipo. También se denomina enfermedad maniaco-depresiva. Se caracteriza por cambios de humor.

Estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales.¹⁸

Síntomas.

Entre los síntomas mas comunes tenemos: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Todas las personas diagnosticadas con cáncer reaccionan ante estos aspectos en forma diferente y pueden no padecer de depresión grave o ansiedad. Los pacientes que reciben cuidado paliativo por un cáncer pueden tener, con frecuencia, sentimientos de tristeza, pesadumbre, depresión y ansiedad que los conducen a experimentar una calidad de vida mucho más baja.¹⁹

Estas reacciones son normales ante las crisis que se enfrentan al tener cáncer, y todo el mundo las siente en un momento u otro de la enfermedad y el tratamiento, no obstante, como la tristeza es algo común, es importante distinguir entre los niveles normales de tristeza y la depresión ya que ellas pueden reaccionar con sentimientos de incredulidad, negación o desesperación. También, pueden tener problemas para dormir, o pierden el apetito, se sienten angustiadas y están preocupadas por el futuro.

Todos estos síntomas van disminuyendo a medida de que la persona se adapta al diagnóstico. Algunas de las señales de que la persona ha aceptado el diagnóstico incluyen la capacidad para seguir participando en actividades de la vida diaria y para seguir funcionando como esposo, padre, trabajador y otros papeles, al incorporar el tratamiento en su programa diario. Si la familia del paciente diagnosticado con cáncer es capaz de expresar abiertamente sus sentimientos y resolver los problemas en forma eficaz, tanto el paciente como los miembros de la familia se deprimen menos.²⁰

Los niños también se ven afectados cuando uno de los padres con cáncer está deprimido. Un estudio de mujeres con cáncer de mama demostró que los hijos de pacientes deprimidos tienen mayores probabilidades de sufrir problemas emocionales y de comportamiento es por eso que en el tratamiento psicológico se debe tratar, tanto a la paciente como al resto de la familia.

La buena comunicación en el seno de la familia reduce la ansiedad. Una persona que no puede aceptar el diagnóstico durante un largo período de tiempo y que pierde interés por sus actividades diarias puede estar deprimida.

De la misma manera que los pacientes necesitan ser evaluados por depresión durante todo el tratamiento, también deben ser evaluadas las personas a cargo de su cuidado. Se ha encontrado que las personas que cuidan al enfermo experimentan bastante más ansiedad y depresión que la gente que no está a cargo del cuidado de pacientes de cáncer.²¹

No todas las personas que tienen cáncer padecen depresión, Algunas de ellas pueden tener más problemas que otras ya que depende más bien de variables de personalidad, relativamente estables como ser una persona ansiosa ante diferentes situaciones de la vida, tener tendencia al neuroticismo y a la introversión, inhibir las respuestas emocionales ante los acontecimientos negativos o estresantes y considerar que uno mismo puede hacer muy poco por su salud, son causas que predicen mayor depresión ante el cáncer.²²

Estilos de afrontamiento y depresión:

En relación a los estilos de afrontamiento, los análisis de diferentes estudios llevados a cabo en pacientes con cáncer de mama indican, que las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas con el "espíritu de lucha" que las personas con depresión leve, moderada o severa. Estos datos sugieren que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha puede reducir significativamente los niveles de depresión de las mujeres con trastornos neoplásico. Temoshok (1985,1987).

Igualmente ocurre con las estrategias de "negación" puesto que, las personas con síntomas depresivos utilizaron este estilo de afrontamiento con mayor frecuencia que las mujeres sin depresión. Como son: Indefensión/desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo/aceptación estoica, son utilizadas con mayor frecuencia por las personas con los mayores niveles de depresión (depresión severa y moderada) y en un grado significativamente menor por las personas con depresión leve o sin depresión.

Los estilos de afrontamiento, de espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación son utilizados por todas las mujeres en distintos momentos y con distinta frecuencia. Sin embargo, el

espíritu de lucha es la estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad. (v.g. Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993).¹¹

En un estudio llevado a cabo en España por Corbishley 1990; Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994; Burns, 1997), encontraron que los mejores predictores del nivel de depresión, de las mujeres con cáncer, son: niveles altos de ansiedad general, afrontar la enfermedad con desesperanza e indefensión, y con preocupación ansiosa y no poner en marcha suficientes estrategias que favorezcan el espíritu de lucha.

Las pacientes con cáncer de mama en una fase no muy avanzada que padecen depresión al conocer su diagnóstico tienen riesgo de fallecer. En el caso de un cáncer en fases más desarrolladas, la enfermedad es más mortífera que entre las mujeres que padecían depresión antes de conocer su diagnóstico.

La relación entre el momento de la depresión y la fase del cáncer es «difícil de explicar», según los autores de un estudio publicado en 'Psychosomatics', aunque aseguran que existen numerosos factores que pueden influir en ella. Mencionan, por ejemplo, una mayor atención psiquiátrica a las pacientes con un cáncer más desarrollado, o que permanecen más tiempo bajo cuidados médicos.

Sin embargo, los mecanismos exactos por los que la depresión interactúa con el cáncer de mama, se desconocen. Basándose en los datos del registro nacional de salud danés, el doctor Hjerl y su equipo quienes analizaron los efectos de la depresión – en más de 20.500 enfermas de cáncer de mama.

Encontrando que la depresión incrementaba la mortalidad entre los casos de cáncer poco avanzados, aunque su influencia era prácticamente nula en los tumores más avanzados. Mientras que la depresión anterior al diagnóstico provocaba un mayor riesgo de mortalidad entre las mujeres con tumores más grandes y mayor dispersión de la enfermedad.²³

Esto nos lleva a sugerir la conveniencia de que las intervenciones psicológicas destinadas a promover el ajuste emocional de las mujeres que padecen esta enfermedad incluyan técnicas encaminadas a cubrir los siguientes objetivos: (a) reducir la ansiedad que puedan estar experimentando las mujeres ante las situaciones conflictivas de su vida estimulando, para ello, tanto la expresión de emociones negativas como la puesta en marcha de nuevas habilidades sociales o estrategias de resolución de problemas. (b) promover atribuciones internas de control sobre su salud y estrategias que faciliten el afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha y de todos aquellos problemas personales y/o sociales derivados de la misma.¹³

V. Diseño metodológico.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Hospital Escuela: Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, (HEODRA), de la ciudad de León.

Población de estudio: 40 Pacientes que fueron atendidas en la sala de quimioterapia del Hospital Escuela: Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, Marzo-Agosto 2009. No se realizó cálculo del tamaño de la muestra ya que se incluyó a toda la población.

Tipo de Muestreo: Muestreo por conveniencia:

1. Escogimos solamente pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.
2. Se realizó revisión de los libros de estadística para observar la cantidad de pacientes que reciben atención en el HEODRA.
3. Se visitó a las pacientes que habitan en León y que no asistieron a la cita, en la fecha que tenían establecida, por dificultades que no les permitieron asistir.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que asistieron a la sala de quimioterapia: HEODRA.
- Diagnosticadas con cáncer de mama. (Ca, Mama).
- Mujeres.
- Voluntariedad de participar.

Procedimiento de recolección de información

Para la recolección de la información se realizó la gestión pertinente con el director del Hospital HEODRA, una vez recibido el aval del mismo, se visitó al encargado de la sala de quimioterapia, luego asistimos regularmente a esta sala para hablar con las pacientes y pedirles su consentimiento para la aplicación de las pruebas; dichas pruebas son dos test estandarizados y un cuestionario socio-demográfico: los dos primeros son para identificar tanto los datos generales como las estrategias de afrontamiento y el otro para medir el nivel de depresión presente en las pacientes con cáncer de mama. Así mismo se visitó a 3 pacientes que por dificultades no pudieron asistir a la cita, en la fecha que tenían establecida.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que utilizamos fueron:

1. Escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1984): Esta escala es el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, ya que ha sido desarrollada por los autores "clásicos" del tema: R. S Lazarus y S. Folkman. Este instrumento consta de 67 índices; cada uno de los cuales se responde en función de la medida en que el sujeto responde o actuó en cada uno de ellos. Se otorgan las siguientes puntuaciones: 0=En absoluto; 1=En alguna medida; 2=Bastante y 3=En gran medida. Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en 8 subescalas las cuales son: Revalorización positiva: Los índices que componen la subescala son: 20, 23, 30, 36, 38, 56, y 60. Planificación: Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49 y 52. Aceptación de la responsabilidad: Esta subescala esta representada por los índices: 9, 25, 29 y 51. Autocontrol: La subescala esta conformada por los índices: 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.

Búsqueda de apoyo social: Esta subescala esta compuesta por los índices: 8, 18, 31, 42 y 45. Confrontación: Los índices son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46. Distanciamiento: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44. Huida-avoidancia: 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cual de las categorías propuesta es la que predomina, de tal forma que mientras mayor sea la puntuación directa en una subescala, esa será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

2. Escala de valoraciones Psiquiatricas de Hamilton para la depresión (Hamilton Depresión Rating Scale, HDRS). Creada por M. Hamilton (1960). Este instrumento es el más utilizado en la actualidad y consta De 22 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. La valoración de esta escala: se ajustara de acuerdo a los criterios de Beck y Steer, 1993 y Hamilton. Este cuestionario ofrece una medida de la intensidad o la gravedad de la depresión, la escala posee consistencia interna (Alfa de cronbach entre 0,76 y 0,92) el coeficiente de correlación intraclases es de 0,92, la fiabilidad ínter observador oscila – según autores- entre 0,65 y 0,9, 17, 23, 26. su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión como la escala de la depresión de Montgomery-Asberg, el inventario de sintomatología de Beck, oscila entre 0,8, y 0,9, 11, 23, 27.

La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 22 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 69 la máxima a obtener. Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión menor; de 17 a 29 refleja menos que depresión mayor y puntuaciones de 30 a 69 indican depresión mayor. (25).

Plan de análisis:

Los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos en el programa SSPS versión 16. Se hizo uso de porcentajes de frecuencia absoluta y porcentual, Estos resultados se presentaron en tablas y un gráficos.

Control de sesgos:

Se tomaron en cuenta algunos aspectos para garantizar la confiabilidad del estudio, entre estos tenemos:

Sesgos	Control
1).Mala aplicación de instrumentos.	Mediante el entrenamiento, la prueba piloto sirve para ello.
2).Negativismo de las personas a participar en el estudio.	Se realizo por medio de la psicoeducación, nosotras explicamos los objetivo, la confiabilidad del estudio y la importancia que tenia el apoyo que cada una nos brindara.
3). Falta de las condiciones físicas necesarias al momento de realizar la entrevista o los cuestionarios.	Se le explico a cada una de las pacientes que necesitábamos un lugar tranquilo lejos de interrupciones y sobre todo era necesaria la ausencia de personas ajenas al estudio.
4).Al momento de analizar la información plasmamos nuestros puntos de vistas y no el de las encuestadas.	Todo lo que sabíamos del tema, lo hicimos a un lado y nos apegamos estrictamente a la información recopilada en ambos cuestionarios.

Consideraciones éticas:

- Les pedimos a las pacientes su colaboración para la realización de nuestro estudio.
- Les explicamos las razones y los objetivos de nuestra investigación.
- Les dimos a conocer los resultados que obtuvimos en nuestro estudio.
- Les explicamos que estos resultados serian utilizados solamente con fines investigativos.
- En todo momento se protegio la identidad y los resultados personales dados por ellas.

Utilizamos ciertos criterios de la declaración del Helsinki. Como: (ver anexo10).

Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Tipos de Variables
Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo.	Edad en años.	Cuestionario Socio-Demográfico.	Ordinal
Estado civil	Estado civil actual en que se encuentra la persona.	-Soltera. -Casada. -Unión de hechos estable. -Viuda.	Cuestionario Socio-Demográfico.	Nominal
Educación	Nivel académico en el se encuentra la persona.	-Analfabeta. -Alfabeta. -Primaria. -Secundaria. -Universitaria.	Cuestionario Socio-Demográfico.	Ordinal
Religión	Creencia doctrinal respecto a Dios que profesan las personas.	-Católico. - Evangélico. -Testigo de Jehová. - otros.	Cuestionario Socio-Demográfico.	Nominal
Procedencia	Lugar donde vive la persona.	-Urbana. - Rural.	Cuestionario Socio-Demográfico.	Nominal

Estrategias de afrontamiento cognitivas.	Esfuerzos cognitivos que sirven para manejar las demandas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.	Activas. (Revalorización positiva, planificación.)	Escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus.	Nominal
		Pasivas. (Aceptación de la responsabilidad, autocontrol.)		Nominal
Estrategias de afrontamiento conductuales.	Esfuerzos conductuales que sirven para manejar las demandas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.	Activas. (Distanciamiento, confrontación.)	Escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus.	Nominal
		Pasivas. (Búsqueda de apoyo social, Huida-Evitación).		Nominal
Depresión.	La depresión es un estado en la que el paciente tiene frecuentes pensamientos de derrota, se encuentra en un estado de ánimo abatido sin causa aparente.	-Sin depresión. 0-9	Escala de valoraciones Psiquiátricas de Hamilton para la depresión.	Ordinal
		-Depresión menor. 10 a 16		Ordinal
		-Menos que Depresión mayor. 17 a 29		Ordinal
		-Depresión mayor. 30 a 69		Ordinal

VI. Resultados:

1. Perfil socio demográfico de las pacientes con cáncer de mama.

La muestra de estudio estuvo constituida por 40 mujeres, diagnosticadas con cáncer de mama, de las cuales algunas asistieron a la sala de quimioterapia a recibir tratamiento o/a consultas de seguimiento y otras fueron visitadas en sus casas lo que representa nuestro 100%. En cuanto al grupo de edad tenemos que el 42.5% se encuentra entre 53-65 años, el 22.5% entre 41-52 años, el 20.0% entre 66-77 años y el 15.0% se encuentra entre 28-40 años.

De acuerdo al estado civil de las pacientes el 60.0% esta casada, el 17.5% esta soltera, un 12.5% acompañada, el 7.5% viuda y 2.5% de ellas esta separada. Según la educación el 70.0% solo curso primaria, el 15.0% tiene secundaria completa, el 10.0% no sabia leer ni escribir y un 2.5% termino sus estudios universitarios y 2.5% fueron alfabetizadas. En relación con la religión el 62.5% es católica, el 22.5% era evangélica, el 12.5% tenían otras religiones y el 2.5% era testigo de Jehová. Y en la procedencia de ellas tenemos que el 85.0% es de la zona urbana y el 15.0% de la zona rural. (Ver Tabla No. 1).

2. Estrategias de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama

Al indagar mediante la escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus sobre las estrategias de afrontamiento que usan las pacientes con cáncer de mama tenemos que:

Solo el 2.5% de las pacientes busco el apoyo social, es decir, acudió a otras personas (amigos, familiares...etc.). Mientras que otras se guardaron todo para si mismas, reflejado con un 40.0% de la población que controló sus propios sentimientos y sus respuestas emocionales.

Así mismo tenemos que el 25.0% de la muestra percibió solo los aspectos positivos para enfrentar la situación estresante y un 10.0% de ellas desarrollo estrategias para solucionar el problema

Unido a lo anterior tenemos que el 5.0% de la población utilizó tanto los intentos de apartarse o alejarse del problema, como pensamientos o conductas inapropiadas para evitar que esto le afectara.

Coherente a lo mencionado arriba podemos decir que las estrategias menos utilizadas por nuestra población fueron, la confrontación y la aceptación de la responsabilidad con 0.0%. Como podemos ver las pacientes utilizaron para solucionar su situación más estrategias cognitivas que estrategias conductuales.

Igualmente podemos observar en la tabla siguiente que 5 pacientes que representan el 12.5% de la población hicieron uso de estrategias múltiples. Como: 2.5% utilizó el distanciamiento, el autocontrol y Huida-avoidancia, otro 2.5% utilizó el distanciamiento y la revalorización positiva, otro 2.5% utilizó el distanciamiento y la planificación, otro 2.5% utilizó el autocontrol y la huida-avoidancia. Al igual otro 2.5% utilizó la búsqueda de apoyo social y la huida-avoidancia. (Ver Tabla No. 2 y 3).

3. Nivel de depresión en las pacientes con cáncer de mama:

Los resultados de este objetivo fueron valorados a través, de la Escala de valoraciones Psiquiátricas de Hamilton para la depresión, pudimos darnos cuenta que el 33% de la población en estudio no presentó síntomas depresivos; No así el 45% que presentó síntomas que pueden clasificarse como depresión menor, igualmente, encontramos que el 17% de las pacientes presentó menos que depresión mayor y un 5% que presentó depresión mayor. (Ver Grafica No. 1).

4. Relación de las estrategias de afrontamiento y el nivel de Depresión:

En cuanto a la relación que hay entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión tenemos: que 13 pacientes que representan el 33% de la población no presento depresión y las estrategias más utilizadas por ellas fueron: el autocontrol, apoyo social, la revalorización positiva, la planificación, el distanciamiento y la huida – evitación, es decir, que las pacientes tienen un mayor control de sus emociones, lo que las lleva a un uso más frecuente de estrategias pasivas.

De igual manera tenemos a 18 pacientes que representan el 45% de la población, las cuales presentaron depresión menor y las estrategias que utilizaron son: apoyo social, huida- evitación, autocontrol, distanciamiento, planificación y revalorización positiva.

A si mismo tenemos a 7 pacientes 17% de la población, que mostraron, menos que depresión mayor y ellas utilizaron estrategias como: distanciamiento, revalorización positiva y huida- evitación.

Parecido a lo anterior podemos decir que 2 pacientes que representan el 5% de la población, al valorar la escala de Hamilton para la depresión, esta manifestó que podían tener depresión mayor y que las estrategias utilizadas por ellas fueron: el distanciamiento y la huida – evitación. (Ver Tabla No. 4).

VII. Discusión:

En los resultados del estudio se encontró que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama fueron: primeramente el autocontrol siendo esta una estrategia de afrontamiento pasiva y la cual fue puesta en práctica por la mayoría de las entrevistadas, seguido de la revalorización positiva, la planificación, distanciamiento, la huida-evitación y la búsqueda de apoyo social.

Como podemos observar las pacientes hicieron uso en su mayoría de estrategias de afrontamiento pasivas caracterizadas así, porque las pacientes reducen su nivel de actividad, contienen la expresión emocional, tratando de aislarse y de implicarse ellas mismas en explicación de su problema, por ejemplo: se mantienen alejadas de otras personas, no permiten que otros observen como se sienten, se culpan de sus problemas y piensan que sus problemas son castigos por actos pasados. Esta literatura se relaciona con nuestro estudio porque las pacientes utilizaron mas estrategias de afrontamientos pasivas, lo cual lleva a un pobre ajuste a la enfermedad y a estar más expuesta a padecer una alteración psicológica.

A diferencia de estos resultados encontramos un estudio llevado a cabo en Hermosillo, Sonora, México, 1996, en 43 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que asistían a una institución publica a recibir tratamiento de radioterapia y cuyas edades fluctuaban entre 20 y 70 años, y en sus resultados se pudo apreciar lo siguiente: que frente a esta condición específica la mayoría de las pacientes movilizan esfuerzos para hacer frente a la situación, o sea utilizan estrategias de afrontamiento activas: creando un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la crisis, planificando a objeto de alterar la situación. Todo ello implica una aproximación analítica, con acciones directas y racionales para solucionar la situación problema.²⁶

Continuando con los resultados, en el nivel de depresión tenemos: que una gran parte de la población en estudio presento síntomas que pueden clasificarse como depresión menor y una minoría de las pacientes que no presento síntomas depresivos.

Según la literatura consultada, todas las pacientes con cáncer de mama al inicio de la enfermedad o al realizarse la mastectomía, presentan síntomas depresivos al no aceptar la situación por la que están pasando; Es decir este estado (pues está limitado en el tiempo), se caracteriza por una verdadera perturbación emocional y por un completo desorden cognoscitivo que inhiben la posibilidad de generar estrategias de afrontamiento para enfrentar la enfermedad.²⁷

Estos datos nos llevan a deducir de que las pacientes que no presentaron depresión se debe a que ellas ya han pasado por todo el proceso de la enfermedad y que se han adaptado a esta condición, tratando y tomando decisiones para cambiar cualquier situación perturbadora.

Relacionado a este trabajo encontramos una investigación realizadas en España donde participaron un total de 320 mujeres con cáncer de mama entre las edades de 25 a 40 años. Todas ellas fueron diagnosticadas durante las campañas de prevención realizadas por el departamento de salud de la comunidad autónoma de navarra durante los años de 1992 y 1993. Las puntuaciones de las 320 mujeres en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) indicaron que, el 21,8% de las mujeres evaluadas no presentaban signos de depresión, el 53% presentan depresión leve, el 15,9% depresión moderada y sólo el 4,7% depresión severa.

Finalmente, en la relación que hay entre estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión, podemos decir, que la relación es muy significativa ya que tanto las pacientes que no presentaron depresión, como las que presentaron depresión menor utilizaron estrategias similares.

Esta relación se debe a que las que presentaron depresión menor no utilizaron estas estrategias de manera apropiada o hicieron uso de ellas con menor frecuencia lo que es normal al inicio de la enfermedad y lo cual no les permitió poner en práctica estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a esta, pero a medida que va pasando el tiempo, ellas, igual que las demás pacientes, lograron adaptarse a la enfermedad poniéndolas en práctica, consiguiendo así un mayor ajuste emocional y reduciendo significativamente el nivel de depresión.²³

Como se puede observar las pacientes que no tienen depresión son las que ya pasaron por este proceso o tienen años de tener esta enfermedad y las cuales utilizaron con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento que les ayudaron a solucionar su problema y adoptaron comportamientos para modificar su conducta y hacerle frente a su enfermedad. Por ejemplo: estar más pendientes de su salud y de su bienestar tanto físico como psicológico.

A diferencia de estos resultados encontramos una investigación llevada a cabo en España en una población de 322 mujeres con cáncer de mama. Todas ellas fueron diagnosticadas durante las campañas de prevención realizadas por el departamento de salud de la comunidad autónoma de Navarra durante los años 1992 y 1993. La edad media de las mujeres del estudio fue de 56 años con un rango de edad entre los 38 y los 68 años.

En relación a sus resultados encontraron que las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas con el "espíritu de lucha" que las personas con depresión leve, moderada o severa. Estos datos sugieren que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha puede reducir significativamente los niveles de depresión de las mujeres con trastornos neoplásicos. Estos resultados se diferencian de este estudio ya que esta población utilizó estrategias activas, mientras que la población de este estudio hizo uso solo de estrategias pasivas.

En último lugar podemos decir que no es por la edad, estado civil, procedencia, ni por la educación, ni por las estrategias de afrontamiento utilizadas, sino más bien por variables de personalidad, relativamente estables como ser una persona ansiosa ante diferentes situaciones de la vida, tener tendencia al neuroticismo y a la introversión, inhibir las respuestas emocionales ante los acontecimientos negativos o estresantes y considerar que uno mismo puede hacer muy poco por su salud, las que predicen mayor depresión ante el cáncer mama.²⁸

VIII. Conclusiones:

- 1.** La mayoría de la población que llega a recibir tratamiento o consultas de seguimiento, a la sala de quimioterapia en el HEODRA, tiene una edad de 53-65 años, casada, educación primaria, urbana y católica.
- 2.** En las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama tenemos que en su mayoría usaron las estrategias pasivas como: el autocontrol, huida y evitación y la búsqueda de apoyo social y las estrategias activas usadas en menor proporción la revalorización positiva, la planificación y el distanciamiento.
- 3.** El nivel de depresión más frecuentemente encontrado en las pacientes con cáncer de mama fue: depresión menor, igualmente algunas no presentaron síntomas depresivos.
- 4.** De la relación que se hizo entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión podemos anotar que: la relación es muy significativa ya que tanto las pacientes que no presentaron depresión, como las que presentaron depresión menor utilizaron estrategias similares.

IX. Recomendaciones:

A las mujeres:

Recomendamos a las jóvenes mayores de 18 años, la realización de exploración física o auto examen de los senos y mujeres adultas la realización de exámenes anuales o bienales, mediante mamografías.

Al hospital:

Al hospital recomendamos que se ponga en práctica el plan de atención integral donde se les brinde a todas la pacientes con cáncer de mama tratamiento psicológico donde le enseñen a utilizar estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse a la enfermedad con seguridad y que incluyan en este tratamiento a los familiares y personal de salud y que se de seguimiento a todos los casos.

Recomendamos que antes de que las pacientes pasen por el proceso de la mastectomía y de la quimioterapia se les de toda la información necesaria que conlleva esta enfermedad, ya que algunas de las pacientes, expresaron tener dudas de varios aspectos de la enfermedad. (Origen, causas, consecuencias, etc.).

Recomendamos a los médicos o psicólogos que estén atendiendo a pacientes con cancer, detectar aquellos, factores psicológicos, que puedan influir en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con cáncer.

A los familiares:

Recomendamos a los familiares de las pacientes que se involucren en el proceso de tratamiento, y que le proporcionen apoyo en todos los sentidos posibles ya que esto contribuye a la recuperación de las pacientes, a su bienestar emocional y lógicamente a una mejor aceptación de ellas mismas.

A las pacientes:

Invitamos a las pacientes que presentaron depresión buscar asistencia psicológica que les ayude a resolver su estado depresivo.

X. Bibliografía:

1. Escobar S, Lorio A, Uriarte A. Repercusiones biopsicosociales de la quimioterapia en pacientes femeninas con cáncer de mama en el departamento de oncología del HEODRA, Diciembre - Octubre 2006. Tesis para optar al título de licenciadas en psicología. León , Octubre 2006
2. Tamblay C, Bañados E. Psicooncología del cáncer de mama. (Memoria profesional). Departamento de psicología, Universidad de Chile, Chile. 2004
3. Aguilera D, Messick J. Control de los conflictos emocionales. México: Editorial Interamericana; 1976; 92-04.
4. Alvarado G, Delgado F. Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, DF, México1996.
5. Valderrama IP, Carbellino S, Domínguez B. Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cérvico-uterino. Rev. Latín Psicol.1995; 27(2): 73-86.
6. Evaluación del estilo represivo de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. Psicología.Com. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art4.htm>
7. Murphy G, MD Lawrence W, Jr. MD. L Raymond E. , Jr.MD. American Cancer Society textbook of clinical oncology. S.E, Ed. American cancer society. Pág. 685 - 711.Cap:39 - 40
8. Flórez I, La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos, Barcelona: EDIKA MED. 1994.
9. Correa Blandón Z, Salgado Saavedra Y. Repercusiones emocionales en mujeres que le han realizado mastectomía radical en el HEODRA, Enero – Abril 2006. Tesis para optar al título de licenciadas en psicología. León, Febrero 2007.

10. Aguilar L, Sarmiento R, Merino T, Martínez G. Carcinoma de mama. Análisis de 5 casos. Rev. Cubana Cir., 2001 ENE-MAR; 40(1).
11. Zamano C. Estilos de afrontamiento con relación a la depresión en mujeres con cáncer de mama. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, DF. México 2005.
12. Gomes Guerrero, H. Incidencia del cáncer mamario en biopsia a cielo abierto. Med. (Honduras), ene, 1998- ene1991. Humberto Gomes Guerrero, Carlos Rodríguez Lazos-león, nic. unan-1991. tesis (Dr. medico cirujano)- Universidad nacional autónoma de Nicaragua, león.
13. Grau A. La calidad de vida en enfermos de cáncer. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, 2005.
14. Haber SA, Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico. España, Paidós Ibérica, 2000.
15. Soriano J. Profesor Titular en el Departamento de Psicología de la Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico del cáncer de mama. Universidad Valencia (Avda. Blasco Ibáñez julio 21, 46010-Valencia), disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf> (fecha de acceso 10 marzo).
16. López R, Lazcano P, Tovar G, Hernández A. La epidemia de cáncer de mama en México. Rev. Salud Pública Méx., 1997 (39):259-265.
17. Depresión. Información y actualidad sobre la enfermedad, salud, y vida sana. ©2009. Madrid. Unidad Editorial, Revistas.
18. CBP Psicólogos: Centro de Bienestar y Psicoterapia. Depresión. Tipos de depresión disponible en: <http://www.cbp-psicologos.com/psicologos-madrid.html>.2006. (fecha de acceso 10 marzo).
19. Castillo, G. Efectos del Cáncer de Mama sobre los niveles de ansiedad y depresión. Editorial Tecno, Colombia. 1990.

20. Schover LR, Schain WS, Montague DK. Psychologic aspects of patients with cancer: Depression problems in patients with cancer. En: Clinical oncology: A multidisciplinary approach, 2 Ed. New York: American Cancer Society, 1989: 2000.
21. Spadone C ¿Puede curarse la Depresión? , Pág.64, EDICIONES AKAL, SA. España.2003
22. Abrego L, La familia y los pacientes con Cáncer de Mama. Editorial Melia, México. 1998.
23. Investigadores del Hospital Clínic de Barcelona. LA *DEPRESIÓN* INCREMENTA EL RIESGO DE MUERTE EN *PACIENTES CON CÁNCER*.... Disponible en: www.galeon.com/amilcarvallenilla/aficiones1315496.html - 14k (Fecha de acceso 01 de marzo).
24. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe anual sobre la salud en América Latina: tópico el Cáncer de Mama, 2006.
25. Escala de Hamilton. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - **Versión en HTML** Escala de *Hamilton* de *depresión*. Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente. Disponible en: Dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc3.pdf (Fecha de acceso 18 de marzo).
26. Barbagelata D. Estilos de afrontamiento a la quimioterapia y desarrollo de neutropenia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama Tesis para optar al grado de licenciada en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central de Chile, 1999.
27. Alarcón A. 2008. el rol del psicólogo en oncología Disponible en: www.\elblog del cáncer el rol del psicólogo en oncología.mht (Fecha de acceso 14 de Julio).
28. Ruiz Fernández M^a A. Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Tratamiento psicológico. Facultad de psicología. UNED. Ciudad universitaria s/n 28040 Madrid.

ANEXOS

ANEXO.1

Consentimiento Informado

Por este medio, estamos solicitando a usted su valiosa colaboración para la realización de nuestro trabajo investigativo, el cual lleva por nombre estrategias de afrontamiento y nivel de depresión presente en las pacientes con cáncer de mama que asiste al departamento de quimioterapia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Aguilar, León. Enero-octubre del 2009. Así mismo, les dimos a conocer que sus nombres en ningún momento serian revelados. Y que los datos obtenidos serán para fines investigativos solamente.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Firma del entrevistado

Firma de la entrevistadora.

Firma de la entrevistadora.

ANEXO.2

Cuestionario Sociodemográfico.

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: ____/____/____

Edad: _____

Procedencia: 1. Urbana: _____

2. Rural: _____

Estado civil:

1. Soltera: _____

2. Casada: _____

3. Unión de hechos estables: _____

4. Viuda: _____

Educación: 1. Analfabeta: _____

2. Alfabeta: _____

3. Primaria: _____

4. Secundaria: _____

5. Universitaria: _____

Religión: 1. Católica: _____

2. Evangélica: _____

3. Testigos de Jehová: _____

4. Otra: _____

ANEXO.3

Escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Instrucciones: El siguiente cuestionario tiene como finalidad ayudarlo a analizar las formas y los estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas y conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

0----En absoluto. 1----En alguna medida. 2----Bastante. 3---En gran medida.

N°	PREGUNTAS	VALORES	0	1	2	3
1	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer. (próximo paso)					
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.					
3	Me dedique por completo a mi trabajo o a otras actividades para olvidarme de todo lo demás.					
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.					
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.					
6	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada.					
7	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.					
8	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.					
9	Me critique o me sermoneé a mi mismo.					
10	No intente quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta.					
11	Confíe en que ocurriría un milagro.					
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).					
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.					
14	Intenté guardar para mí mis sentimientos.					
15	Busque algún poquito de esperanza, por así decirlo, intente mirar las cosas por su lado bueno.					
16	Dormí más de lo habitual.					
17	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.					
18	Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona.					
19	Me dije a mi misma cosa que me hicieron sentirme mejor.					
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.					
21	Intenté olvidarme de todo.					
22	Busqué la ayuda de un profesional.					

23	Cambié, maduré como persona.				
24	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
25	Me disculpé o hice algo para compensar.				
26	Desarrolle un plan de acción y lo seguí.				
27	Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.				
28	De algún modo expresé mis sentimientos.				
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.				
30	Salí de la experiencia mejor de lo que entre.				
31	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				
32	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar y tomarme unas vacaciones.				
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.				
34	Tome una decisión importante o hice algo muy arriesgado.				
35	Intenté no actuar algo demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso.				
36	Tuve fe en algo nuevo.				
37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.				
38	Redescubrí lo que es importante en mi vida.				
39	Cambié algo para que las cosas fueran bien.				
40	Evité estar con la gente.				
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.				
42	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.				
43	Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas.				
44	No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.				
45	Le conté a alguien como me sentía.				
46	Me mantuve firme y peleé por lo que quería.				
47	Me desquité con los demás.				
48	Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.				
49	Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.				
50	Me negué a creer lo que había ocurrido.				

51	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.				
52	Me propuse un par de soluciones distintas al problema.				
53	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.				
54	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas.				
55	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.				
56	Cambié algo en mí				
57	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.				
58	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.				
59	Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.				
60	Recé.				
61	Me preparé mentalmente para lo peor.				
62	Repase mentalmente lo que diría o haría.				
63	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.				
64	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.				
65	Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.				
66	Corrí o hice ejercicios.				
67	Intente algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo).				

ANEXO.4

ESCALA DE VALORACIONES PSIQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al entrevistado/a

¡Nota!: Todas las preguntas deben responderse o hacerse en base a los últimos seis meses.

<p>1-Trabajo y Actividades</p> <p>¿Ha tenido o tiene los siguientes síntomas relacionados?</p>	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad con su actividad trabajo o aficiones.</p> <p>2. Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo-manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades)</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descanso de la productividad. Clasificar en 3 si el entrevistado no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas de trabajo o aficiones</p> <p>4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar estas sin ayuda.</p>
<p>2.Humor deprimido</p> <p>¿Ha tenido o tiene Animo Deprimido (Tristeza depresión, desamparo, inutilidad)?</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente-es decir, por la expresión fácil, la postura, la voz y la tendencia al llanto.</p> <p>4. El entrevistado manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p>
<p>3. Sensación de culpabilidad</p> <p>¿Ud. ha tenido o tiene Sentimientos de culpa?</p> <p>4. Insomnio Precoz (Insomnio Inicial)</p> <p>¿Ha tenido o padece?</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Idea delirantes de culpabilidad.</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta Alucinaciones visuales amenazadoras.</p> <p>0. No tiene dificultad para dormirse.</p> <p>1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.</p> <p>2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.</p>
<p>5. Insomnio Medio (Insomnio Intermedio)</p>	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. El entrevistado se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2. Esta despierto durante la noche – cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).</p>
<p>6. Insomnio Tardío (Insomnio Terminal)</p> <p>¿Ud. tiene o ha tenido...?</p>	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</p>
<p>7. Suicidio.</p> <p>¿Usted ha tenido o tiene, ideas o ha intentado suicidarse?</p>	<p>0. Ausentes.</p> <p>1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.</p> <p>2. Desearía estar muerto tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas.</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4)</p>

<p>8. Inhibición ¿Tiene usted? (Retardo) (Lentitud de pensamiento y de palabra, facultad de concentración empeorada; actividad motora Disminuida)</p>	<p>0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el dialogo 2. Evidente retraso en el dialogo. 3. Dialogo difícil 4. Torpeza absoluta.</p>
<p>9. Agitación ¿Ud. se retuerce las manos etc.?</p>	<p>0. Ninguna. 1. "Juega" 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios etc.</p>
<p>10. Ansiedad psíquica ¿Ud. padece de lo siguiente?</p>	<p>0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o no. Habla 4. Temores expresados sin preguntarle.</p>
<p>11. Ansiedad somática Pregunte si el entrevistado ha padecido de: Signos fisiológica concomitantes de la ansiedad tales como: Gastrointestinales-boca seca, flatulencia, Indigestión, diarrea retortijones, eructos, Cardiovasculares-palpitaciones, cefalalgias Respiratorios-hiper ventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.</p>	<p>0. Ausentes 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa 4. Incapacidad</p>
<p>12. Síntomas somáticas (Ansiedad Somática) ¿Padece usted síntomas Gastrointestinales? como.</p>	<p>0. Ninguno 1. Perdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>
<p>13. Síntomas somáticos generales ¿Ud. ha tenido o padece de sínto- más como?</p>	<p>0. Ninguno 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, como Cefalalgia, neuralgias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.</p>
<p>14. Síntomas genitales Síntomas como: Perdida de libido Trastornos Menstruales</p>	<p>0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante</p>
<p>15. Hipocondriasis (Hipocondriasis) ¿Ud. ha tenido o tiene los siguientes síntomas?</p>	<p>0. No la hay 1. Preocupado de si mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocondriacas.</p>
<p>16. Perdida de peso, (Completar A o B)</p>	<p>A. Según manifestaciones del entrevistado (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Perdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Perdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Perdida de más de 500 g en una semana. 2. Perdida de mas de 1 Kg. En una semana.</p>

<p>17. Insight Introspección (Conciencia de si mismo) ¿Se da cuenta que?</p>	<p>0. Se da cuenta de que esta deprimido y enfermo (a) 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que este enfermo (a)</p>	
<p>18. Variación diurna Indicar si los síntomas son mas severos Por las mañana o por la noche. T. (Rodear M o T)</p>	<p>AM 0= Ausente. 1 = Moderada. 2 = Severa.</p>	<p>PM: 0= Ausente. 1 = Moderada. 2 = Severa.</p>
<p>19. Despersonalización y falta de realidad irrealidad. ¿Ha tenido o tiene usted...?</p>	<p>0. Ausente. 1. Ligera. Como: sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave 4. Incapacitante.</p>	
<p>20. Síntomas paranoides ¿Ha tenido o tiene usted por ejemplo Ideas de persecución?</p>	<p>0. Ninguno 1. Sospechoso 3. Ideas de referencia 4. Delirios de referencia y de persecución</p>	
<p>21. Síntomas obsesivos y compulsivos</p>	<p>0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Grave</p>	
<p>22. Otros síntomas (especificar)</p>	<p>0. Ausente. 1. Ligeros 2 Grave</p>	

Suma total

Puntualidad

ANEXO.5

Tabla No.1 Perfil Sociodemográfico de las Pacientes con Cáncer de mama.

Datos Sociodemográfico		n	%
Edad (N=40)	28 - 40	6	15.0%
	41 - 52	9	22.5%
	53 - 65	17	42.5%
	66 - 77	8	20.0%
Estado civil (N=40)			
	Soltera	7	17.5%
	Casada	24	60.0%
	Acompañada	5	12.5%
	Viuda	3	7.5%
	Separada	1	2.5%
Educación (N=40)			
	Analfabeta	4	10.0%
	Alfabetizada.	1	2.5%
	Primaria.	28	70.0%
	Secundaria.	6	15.0%
	Universitaria.	1	2.5%
Religión (N=40)			
	Católica	25	62.5%
	Evangélica	9	22.5%
	Testigo de Jehová	1	2.5%
	Otra	5	12.5%
Procedencia (N=40)			
	Urbana	34	85.0%
	Rural	6	15.0%

Fuente: Cuestionario Socio- Demográfico

ANEXO.6

Tabla No.2 Estrategias de Afrontamiento de las Pacientes con Cáncer de mama.

Estrategias de Afrontamiento		Subescalas	N	%
Estrategias de afrontamiento cognitivas.	Activas.	Revalorización positiva.	10	25.0%
		Confrontación.	0	0.0%
	Pasivas.	Aceptación de la responsabilidad.	0	0.0%
		Autocontrol.	16	40.0%
Estrategias de afrontamiento conductuales.	Activas.	Distanciamiento.	2	5.0%
		Planificación.	4	10.0%
	Pasivas.	Búsqueda de apoyo social.	1	2.5%
		Huida-evitación.	2	5.0%

Fuente: Escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus.

ANEXO.7

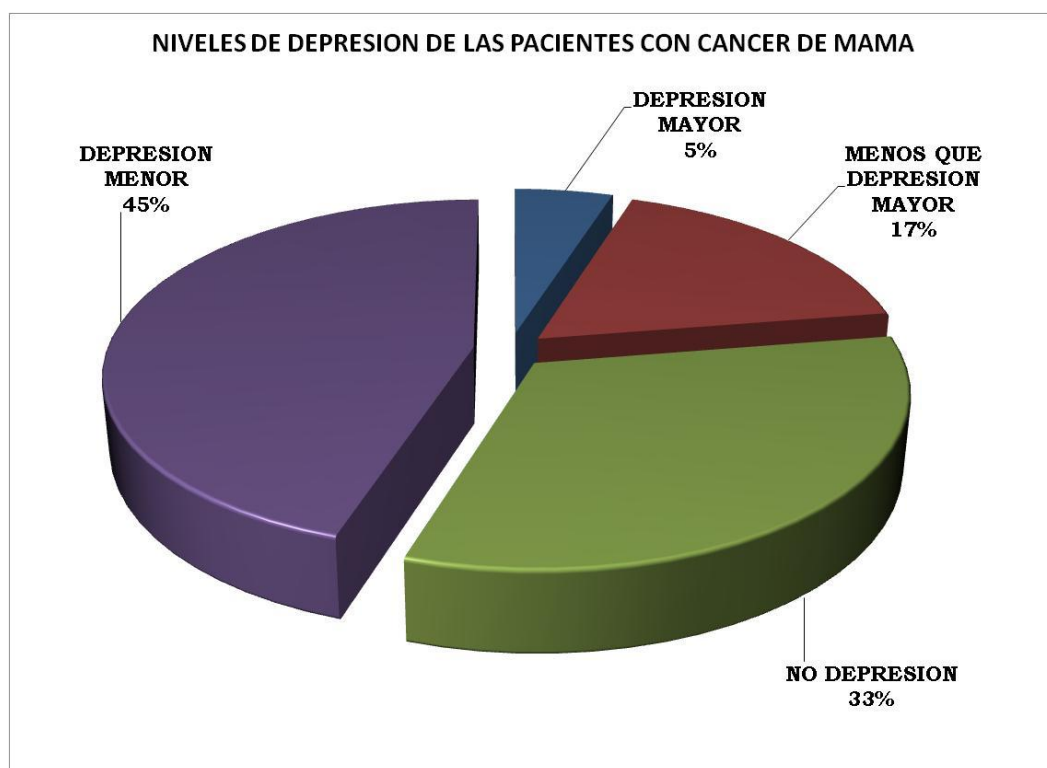
Tabla No.3 Estrategias de Afrontamiento Múltiples Utilizadas por las Pacientes con Cáncer de mama.

Estrategias múltiples	N	%
Distanciamiento, Autocontrol y Huida- evitación.	1	2.5%
Distanciamiento y Revalorización positiva.	1	2.5%
Distanciamiento y Planificación.	1	2.5%
Autocontrol y Huida-evitación.	1	2.5%
Búsqueda de apoyo social y Huida-evitación.	1	2.5%

Fuente
:
Escala
de
afrota
miento
de
Folkm
an y
Lazaru
s.

ANEXO.8

Grafica No.1 Niveles de Depresión de las Pacientes con Cáncer de mama.



Fuente: Escala de valoraciones Psiquiátricas de Hamilton para la depresión

ANEXO.9

Tabla No.4 Relación de las Estrategias de Afrontamiento y el Nivel de Depresión.

Niveles de depresión	Estrategia utilizada	N	%	%
NO DEPRESION	Apoyo social, Auto control	5	38.5%	33%
	Distanciamiento, autocontrol, Revalorización positiva	1	7.7%	
	Huida y evitación, Planificación,	1	7.7%	
	Planificación, Apoyo social	3	23.1%	
	Revalorización positiva, Planificación	3	23.1%	
		<u>13</u>	<u>100.0%</u>	
DEPRESION MENOR	Apoyo social	1	5.6%	45%
	Apoyo social y huida- evitación	1	5.6%	
	Auto control	9	50.0%	
	Auto control y huida y evitación	1	5.6%	
	Distanciamiento y revalorización.	1	5.6%	
	Distanciamiento y huida - evitación	1	5.6%	
	Revalorización positiva	4	22.2%	
		<u>18</u>	<u>100.0%</u>	
MENOS QUE DEPRESION MAYOR	Distanciamiento	1	14.3%	17%
	Distanciamiento	1	14.3%	
	Distanciamiento y revalorización	1	14.3%	
	huida -evitación	1	14.3%	
	Revalorización positiva, huida -evitación	3	42.9%	
		<u>7</u>	<u>100.0%</u>	
DEPRESION MAYOR	Distanciamiento	1	50.0%	5%
	Huida y evitación	1	50.0%	
		<u>2</u>	<u>100.0%</u>	
		<u>40</u>	<u>100.0%</u>	100%

Anexo. 10

CRITERIOS DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI.

Principios básicos:

1. Las investigaciones biomédicas en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorios y con animales, realizados en forma adecuada, como un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que sea llevado a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque el halla otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.
5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su identidad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
7. Los médicos debe abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros de que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determinan que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico esta obligado a mantener la exactitud de los resultados los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no pueden ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previsto y posibles peligros del estudio y las molestias que puedan acarrear. Se les debe informar que es libre de abstenerse de participar en un estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que a otorgado para participar.
10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con el o si conscientemente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un medico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.
11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad. Un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional. Cuando el menor de edad esta de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe de obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.
12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente declaración.

Investigaciones biomédicas no terapéuticas en seres humanos.

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sean personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionan con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir las investigaciones si a su juicio continuar realizándolas puede ser perjudicial para la persona.

4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.