

VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS CON CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA POST-CIRUGÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PSYCHOSOCIAL VARIABLES ASSOCIATED WITH HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER POST-SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW

Micaela Reich

Universidad Católica del Uruguay

Eduardo Remor

Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen: El cáncer de mama es un tumor maligno que surge de células ubicadas en la mama. Un tumor maligno es un grupo de células neoplásicas que puede desarrollarse e invadir tejido circundante o expandirse en forma de metástasis hacia áreas remotas del cuerpo (American Cancer Society, 2009).

El objetivo del presente estudio de revisión sistemática fue identificar entre la bibliografía existente, aquellas publicaciones que estudiaran factores psicosociales como las estrategias de afrontamiento al estrés y la sintomatología depresiva que pudieran estar asociados o explicar los resultados en la CVRS en mujeres con cáncer de mama post-cirugía, y pudieran ser modificados a través de la intervención psicosocial. La revisión permitió identificar limitaciones en las investigaciones, y plantear sugerencias para estudios futuros. Los estudios se han clasificado teniendo en cuenta los siguientes criterios: considerando los constructos mencionados en su título, así como que se persiguiera a través del análisis de resultados la predicción de alguna de las variables estudiadas, en forma preponderante respecto del resto de ellas. De cada una se describen las participantes, acciones, y resultados principales. Se discuten las derivaciones de cara a intervenciones psicosociales futuras. Los hallazgos de la presente revisión sugieren que las mujeres con cáncer de mama son vulnerables en tanto su CVRS puede verse afectada, o bien puedan presentar distrés psicológico, y desarrollar sintomatología depresiva. Ciertos estilos de afrontamiento, y ciertas variables sociodemográficas, clínicas, y psicosociales están asociados a un mejor ajuste a la enfermedad.

Palabras clave: *Cáncer de Mama, Revisión de Literatura Sistemática, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Estrategias de Afrontamiento, Distrés, Sintomatología Depresiva.*

Abstract: Breast cancer is a malignant tumor that starts from cells of the breast. A malignant tumor is a group of cancer cells that develops, invading surrounding tissue, or expands as metastases towards remote areas of the body (American Cancer Society, 2009).

The aim of the present study of systematic literature review was to identify among existing scientific bibliography, papers studying the effect of psychosocial factors (such as coping strategies or depressive symptomatology, which psychosocial interventions could improve) on HRQL outcomes in post-surgery women with breast cancer. The review portrayed several limitations in research, providing suggestions for future studies. The studies were organized bearing the following criteria in mind: either by the variables of interest included on their titles, or else by the expressed aim of associating any of the variables to HRQL. We describe for each study revised and included: its participants, main procedures, and most apparent results. Implications are discussed facing future prospects of psychosocial interventions. The findings of the present review suggest that women with breast cancer are vulnerable while their HRQL may be affected, they could suffer psychological distress, and/or develop depressive symptoms. Certain coping styles, as well as specific sociodemographic, clinical, and psychosocial factors are associated to a better adjustment to the disease.

Keywords: *Breast Cancer, Systematic Literature Review, Literature Review, Health Related Quality of life, Coping Strategies, Distress, Depressive Symptoms.*

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama es una enfermedad en la cual se desarrollan células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama (M.D. Anderson Cancer Center [M.D. ACC], 2008), caracterizada por el crecimiento y extensión de estas células anormales (American Cancer Society [ACS], 2009).

Conceptualizamos al cáncer de mama como (a) una enfermedad crónica que sigue un curso a nivel de aspectos clínicos tal, que es susceptible de verse afectada por múltiples factores comportamentales, psicosociales y biológicos y (b) un estresor crónico que genera en el individuo que lo padece diversas limitaciones a nivel psicológico y físico, limitaciones que podrían desbordar sus recursos de afrontamiento (Antoni, 2002).

El cáncer de mama recidivante es aquel que ha vuelto después de la administración del tratamiento; pudiendo retornar en la mama, en la pared pectoral o en otras partes del cuerpo (National Cancer Institute [NCI], 2002). Esta fase es un momento extremadamente difícil para la mujer ya que pensar en volver a someterse a los tratamientos puede afectar su calidad de vida y bienestar significativamente (Kyung Lee et al., 2007).

Mundialmente se estima que cada año un total aproximado de un 1.1 millones de mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama, representando un 10% del total de nuevos diagnósticos de cáncer (Breast Health Global Initiative [BHGI], 2006).

En los Estados Unidos, el cáncer de mama es el que se diagnostica más comúnmente entre las mujeres hispanas. Desde 1997, las tasas de incidencia de cáncer de mama han disminuido 1.5% al año entre las mujeres blancas no hispanas y 0.9% al año entre las mujeres hispanas. El cáncer de mama es también la principal causa de mortalidad debida al cáncer entre las mujeres hispanas. Es menos probable que el cáncer de mama se diagnostique en sus etapas tempranas en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas no hispanas, aún después de que se toman en cuenta las diferencias de edad, el status socioeconómico y el método de detección (Lantz et al., 2006). Las mujeres hispanas tienen un 20% más de probabilidades de morir de cáncer de mama que las mujeres blancas no hispanas a las que se les diagnostica la enfermedad a una edad y etapa similares (Jemal et al., 2004). Probablemente las diferencias en el acceso a la atención médica y al tratamiento

contribuyen a esta disparidad (Ward et al., 2008; Freedman, He, Winer, y Keating, 2009).

“En el Uruguay el cáncer de mama es el de mayor incidencia en la mujer uruguaya y constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer” (Vasallo y Barrios, en Vázquez et al., 2005, p.108). De acuerdo a los datos más recientes de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer [CHLCC] anualmente se registran 1.800 nuevos casos de cáncer de mama y aproximadamente 630 mujeres mueren por año a causa de esta enfermedad (Vasallo, Barrios, De Stefani y Ronco, en Vázquez et al., 2005).

Si bien el cáncer de mama es un diagnóstico común en las mujeres, esta enfermedad existe también en hombres: solamente diez hombres en un millón desarrollarán cáncer de mama (The Cleveland Clinic Taussig Cancer Center, 2005).

Las defunciones por cáncer de mama representan cerca de 1.6% del total de defunciones mundiales femeninas (BHGI, 2006). En lo que refiere a la tasa de mortalidad de la población uruguaya, se ha encontrado una disminución que va del 25.15 por 100.000 en el quinquenio 1989-1993 al 22.71 por 100.000 en el período comprendido entre el 2002 y 2005 (CHLCC, 2008).

Desde la psicología, se busca dar atención a los pacientes con cáncer en las diversas etapas que forman parte del inicio, curso y evolución de la enfermedad a través de la especialidad en psicooncología. Esta especialidad puede ser considerada como una especialización de la psicología de la salud. Incluye la investigación básica y aplicada orientada a examinar la influencia de factores psicosociales y bio-comportamentales en los riesgos asociados al cáncer y los comportamientos que contribuyen en el mantenimiento de la salud, al tiempo que investiga los factores asociados con su etiología, ajuste a la enfermedad por parte de los pacientes y curso a nivel clínico del cáncer en humanos (Antoni, 2002).

El abordaje integral en el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer de mama resulta ineludible, dado que la gravedad del mismo, en cuanto a síntomas y limitaciones, no predice el grado de ajuste psicológico y social que presenta el paciente. Es decir, la calidad de vida del paciente oncológico está determinada por el grado de afectación física de la enfermedad, aunque no siempre se observa una relación directa entre la gravedad de su sintomatología y el deterioro de su calidad de vida. Esto se debe a que la CVRS se verá influida no solamente por la enfermedad y su tratamiento, sino que también inciden características y circunstancias

personales del paciente, produciendo de esta manera respuestas diferentes ante un mismo diagnóstico.

Vivir con el diagnóstico y tratamiento de cualquier condición médica crónica puede ser fuente de estrés psicosocial. Las mujeres con cáncer de mama se ven expuestas a situaciones que desafían su bienestar tanto físico como psicosocial. Deben lidiar, entre otras cuestiones, con el impacto producido por el diagnóstico y sus consecuencias, los efectos secundarios de los tratamientos, alteraciones en la apariencia corporal, el temor a la recurrencia, y, algunas mujeres, el declive en su salud e incremento en los niveles de discapacidad física, y la muerte. Las consecuencias psicosociales pueden incluir cambios en sus roles y funcionamiento social, familiar, alteraciones a nivel de objetivos vitales, empleo, ingresos, actividades de ocio y actividades cotidianas. Las mujeres con cáncer de mama experimentan por tanto, sintomatología física y distrés psicológico que afectan adversamente su calidad de vida (Perry, Kowalsky, y Chang, 2007). La experiencia con el cáncer de mama puede ser diversa y variar entre pacientes, pero la misma podría incluir las siguientes fases: diagnóstico, tratamiento primario, riesgo genético y el manejo psicológico de éste, aspectos particulares asociados al cáncer de mama no-invasivo, recurrencia, finalización de los tratamientos y reinserción en la vida normal, sobrevida, y cuidados paliativos para el caso de cáncer de mama avanzados (Hewitt, Herdman y Holland, 2004). Diversos instrumentos de medida de variables psicosociales, así como de CVRS, están siendo utilizados en estudios clínicos a fin de predecir sobrevida, respuestas al tratamiento, y evaluar morbilidad psicológica (Velikova et al., 1999).

Lograr entender los efectos del cáncer de mama y sus tratamientos en la CVRS de las pacientes ha sido de central interés clínico y científico en las últimas décadas. Consideramos que un aspecto relevante a considerar de cara a la implementación de evaluaciones psicosociales es el empleo de instrumentos validados en ámbitos clínicos, no específicamente con fines científicos (Donaldson, 2004). La evaluación de variables psicosociales, como de la CVRS puede ser llevada a cabo al momento del diagnóstico, buscando predecir pronóstico, en evaluación-monitorización de pacientes, para la toma de decisiones clínicas, potenciar la comunicación, y durante el tratamiento o después de finalizado el mismo (Donaldson, 2004; Goodwin, Black, Bordeleau, y Ganz, 2003).

Las variables psicosociales, así como las variables clínicas son potencialmente modificables por medio de intervenciones psicológicas. En las últimas décadas, ha ido *in crescendo* el cuerpo de literatura científica que investiga variables de tipo psicosocial en enfermedades crónicas en general, y en cáncer de mama en particular. En base a ello, una revisión y síntesis de la investigación en la temática de referencia se torna progresivamente más importante. Consideramos que una revisión de este campo de estudio contribuirá a que los profesionales clínicos alcancen mayor entendimiento de aquellos factores que están vinculados a la CVRS en mujeres con cáncer de mama, de modo de poder abordarlos desde la intervención. De cara a los objetivos de la presente revisión, los factores psicosociales fueron conceptualizados como factores potencialmente modificables al estar relacionados con actitudes, pensamientos, emociones y conductas que resultarían relevantes y susceptibles de ser abordadas a través de intervenciones psicosociales.

El hecho de que no todos los pacientes experimentan iguales niveles de distrés en el mismo punto durante el proceso de la enfermedad, ha impulsado a los investigadores en las ciencias del comportamiento a examinar las diferencias individuales en las percepciones acerca del cáncer, así como en relación a factores contextuales y de personalidad asociados al ajuste al cáncer (Antoni, 2002).

El objetivo del presente estudio de revisión sistemática fue identificar entre la bibliografía existente, aquellas publicaciones que estudiaran factores psicosociales y sociodemográficos que pudieran estar asociados o explicar los resultados en la CVRS en mujeres con cáncer de mama post-cirugía, y pudieran ser modificados a través de la intervención psicosocial. Asimismo, la revisión permitió identificar las limitaciones en los estudios que ofrece la bibliografía relevante en el tema, así como plantear sugerencias de cara a estudios futuros. Se describen en forma sistemática los estudios más recientes que describen la CVRS, estrategias de afrontamiento al estrés, y sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama post-cirugía.

1. MÉTODO

1.1. Estrategia de búsqueda

La bibliometría es la ciencia que permite el análisis cuantitativo de la producción científica a

través de la literatura, estudiando la naturaleza y el curso de una disciplina científica (Pritchard, 1969). Se señala que tales estudios conforman en sí una disciplina con alcance multidisciplinario que, a través de la evaluación de variables presentes en publicaciones, posibilita el acercamiento a la situación de un campo científico (Díaz Mujica, 2007).

La estrategia de búsqueda se describe a continuación. Las Bases de Datos Electrónicas PsycInfo y Medline (EBSCO) fueron revisadas. Los términos de búsqueda fueron adaptados a cada base de datos e involucraban referencias cruzadas y combinadas de palabras clave, y búsquedas en referencias bibliográficas. La búsqueda arrojó un total de 217 estudios susceptibles de ser incluidos en el presente trabajo. La selección inicial de estudios relevantes para la presente revisión, identificados a través de la revisión de *abstracts*, arrojó un total de 97 considerados para su posible inclusión. Se revisó la versión completa de cada publicación, contrastándolas con los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión comprendían: (1) tipo de estudio: todo estudio cuantitativo que no incluyera intervención, llevado a cabo en cualquier país y publicado en castellano ó inglés entre 1990 y diciembre de 2009 que investigara por separado o asociara la CVRS, estrategias de afrontamiento al estrés, y sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama; (2) participantes: la muestra debía estar compuesta por mujeres que hubieran sido intervenidas quirúrgicamente como parte de tratamientos para el cáncer de mama y encontrarse antes de iniciar, durante los tratamientos adyuvantes o bien, ya habiéndolos concluido. En caso de que un estudio incluyera grupo de control o comparativo, los resultados obtenidos de la muestra de mujeres con cáncer de mama debían ser analizados por separado, y (3) resultados: debían incluir el uso de medidas estandarizadas o concebidas especialmente para el estudio con el objetivo de describir y/o predecir la CVRS, estrategias de afrontamiento al estrés, y/o sintomatología depresiva. Las dudas respecto a la inclusión o exclusión de un artículo en el presente trabajo, fueron resueltas por medio del intercambio de criterios y discusión con el equipo de investigación.

Cincuenta y ocho de los trabajos identificados a través de las búsquedas fueron en última instancia incluidos en la revisión, entre los cuales únicamente 2 fueron publicados en castellano - a pesar de haber sido mayor el número de estudios de autoría de investigadores y en centros de habla hispana - y la amplia

mayoría (52) fueron publicados a partir del año 2000. Examinar las referencias bibliográficas de los artículos incluidos, tuvo como resultado la obtención de 9 artículos potenciales de los cuales 2 cumplían los criterios de inclusión.

Para la realización de una búsqueda general, las palabras clave utilizadas fueron: (Breast cancer or mastectomy or lumpectomy or breast conservation surgery or breast reconstruction surgery) and (evaluation or assessment or descriptive study) and (coping strategies or coping style or cope) and (stress or distress or stress perceived) and (depression or depressive symptoms) and (quality of life or health related quality of life).

Para la realización de una búsqueda específica sobre el impacto psicológico y de la calidad de vida a partir de la enfermedad y sus tratamientos, las palabras utilizadas fueron: (Breast cancer) and (evaluation or assessment or descriptive study) and (coping strategies or coping style or cope) and (stress or distress or stress perceived) and (depression or depressive symptoms) and (quality of life or health related quality of life).

Finalmente, el último criterio de búsqueda fue sobre factores psicosociales predictores de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, para lo cual, las palabras utilizadas fueron: (Breast cancer) and (evaluation or assessment or descriptive study) and (coping strategies or coping style or cope) and (stress or distress or stress perceived) and (depression or depressive symptoms) and (quality of life or health related quality of life) and (psychosocial quality of life predictors or quality of life predictive factors or quality of life associated factors).

1.2. Extracción de datos

La estrategia de búsqueda resultó en la identificación de un total de 58 estudios a ser incluidos en la revisión. Toda información presentada en cada artículo relevante para la pregunta de investigación y acorde a los criterios de inclusión fue extraída y tabulada. A continuación de cada tabla se ofrece un resumen de los datos más representativos del conjunto de estudios tabulados, además de algunos aportes de otros investigadores en temas afines. Los datos extraídos comprenden información referida a fecha de publicación, características de la muestra, diseño y metodología del estudio, instrumentos empleados para medir los resultados en las variables estudiadas, y los principales resultados.

1.3. Síntesis

Dada la amplitud y diversos aspectos a contemplar en la revisión, así como la heterogeneidad de los artículos incluidos en la misma, se consideró pertinente agrupar los factores en categorías conceptuales generales para su posterior tabulación. Se examinaron los patrones existentes en los datos revisados. Asimismo, fueron exploradas las fuentes de heterogeneidad entre estudios, incluyendo posibles moderadores de los resultados como el tamaño de la muestra, o la metodología. Se hizo especial hincapié en identificar discrepancias, y preguntas sin respuesta en la literatura.

Entendemos relevante destacar que el trabajo que se presenta a continuación constituye un trabajo reflexivo y comprensivo en el cual se lleva a cabo un análisis histórico-crítico del tema de referencia. El seguimiento de los criterios de inclusión identificó 58 investigaciones que fueron tabuladas y categorizadas de acuerdo al tema de cada una de ellas (ver Tablas 1-3). Los hallazgos de estos estudios constituyen la base de la presente revisión. Los resultados son presentados en tres apartados a fin de destacar los hallazgos centrales identificados en el marco de la búsqueda de CVRS, estrategias de afrontamiento al estrés, y sintomatología depresiva. La presentación de los apartados, sigue un orden cronológico. Su orden de presentación asimismo refleja la cantidad de literatura científica identificada para cada uno de los constructos.

1.4. Listado de instrumentos de evaluación genéricos

Affectometer 2 ([20i] inventario que evalúa felicidad o el sentido general de bienestar basado en la medición del balance entre sentimientos positivos y negativos en la experiencia reciente.); Beck Depression Inventory (BDI [21i], evalúa síntomas depresivos a nivel cognitivo, afectivo y vegetativo.); BIS/BAS Scales ([24i], evalúa las diferencias individuales respecto a la sensibilidad en relación a dos sistemas: un sistema de enfoque conductual de acercamiento -BAS- y un sistema-BIS- de evitación conductual o inhibición); Brief COPE ([24i] evalúa el afrontamiento al estrés, incluye las siguientes escalas: auto-distracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, búsqueda de apoyo emocional, búsqueda de apoyo instrumental, desvinculación comportamental, expresión emocional, replanteamiento positivo, planeamiento, humor, aceptación, religión y

auto-culpa); Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D [20i], evalúa la sintomatología depresiva en población general, no psiquiátrica, mide los principales componentes de la sintomatología depresiva incluyendo: estado de ánimo depresivo, sentimientos de culpa e inutilidad, retraso psicomotor, pérdida de apetito y alteraciones del sueño); COPE ([60i] medida genérica para la evaluación del afrontamiento al estrés, incluye las siguientes dimensiones: desconexión mental, desconexión conductual, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, consumo de alcohol o drogas, supresión de actividades competidoras, negación, uso de la religión, aceptación, afrontamiento activo, planeación, afrontamiento restringido, uso del sentido del humor, reinterpretación positiva y crecimiento); Coping Strategies Inventory (CSI [78i], evalúa las estrategias de afrontamiento al estrés en población general, distribuidos en 8 escalas: resolución de problemas; reestructuración cognitiva; expresión emocional; apoyo social; evitación de problemas; pensamiento desiderativo; autocrítica; aislamiento social); Coping Strategies Questionnaire (CSQ [50i], evalúa el dolor y afrontamiento del mismo por parte de individuos con diferentes enfermedades, comprende 6 subescalas de estrategias cognitivas: ignorar el dolor, reinterpretación del dolor, desviar la atención, autoinstrucciones de afrontamiento, catastrofismo, rezar/esperar) y dos subescalas de estrategias de comportamiento -aumento de los niveles de actividad y el aumento de conductas de dolor-); Counterfactual Thinking Self Report Questionnaire (CTSRQ [1]¹, evalúa el pensamiento retrospectivo alternativo, así como planificación vital en función del mismo); Emotional Approach Coping Scales (EACS [1], evalúa procesamiento y expresión emocional); Escala de Apoyo Emocional de Flamer ([14i], mide las percepciones de las mujeres con Cáncer de Mama acerca del apoyo emocional); Escala de Calidad de Vida de Mezzich y Cohen ([10i] el Índice incluye 10 aspectos relevantes para la evaluación del constructo Calidad de Vida: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida); Gold-berg's Big Five Factor Measure-Neuroticism

1 [1] No consta el número de ítems en las referencias consultadas.

Scale ([44i], inventario de autoinforme diseñado para medir los cinco grandes dimensiones: extraversión, amabilidad, concientización, neuroticismo y apertura a la experiencia); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS [14i], evalúa la ansiedad y depresión vinculadas al ámbito hospitalario, desarrollada para su uso con pacientes con Enfermedades con prevalencia de sintomatología orgánica); Hope Scale ([12i] evalúa el sentido de determinación dirigida hacia los objetivos de forma exitosa); Impact of Event Scale (IES [22i], evalúa el estrés ocasionado por eventos traumáticos); Life Orientation Test-Revised (LOT-R [10i], evalúa diferencias individuales en el rasgo de personalidad de optimismo/pesimismo disposicional); Meaning Questionnaire [1]; Mental Health Index (MHI [5i], evalúa estrés psicológico y bienestar en pacientes en condiciones de cronicidad); Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS [18i], evalúa el locus de control reportado); Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS [12i], evalúa el apoyo por parte de la familia, amigos y su significancia); Omega Screening Questionnaire (OSQ [77i], es empleado para evaluar el riesgo de distress); Positive And Negative Affect Scales (PANAS [20i], evalúa las características individuales de afectividad, constituidas por diez reactivos -palabras que describen emociones y sentimientos-, y miden el grado y presencia de los rasgos de afectividad positiva y afectividad negativa); Pain Catastrophizing Scale (PCS [13i], describe y evalúa diversos pensamientos y emociones asociados con un estilo catastrofista de respuesta ante el dolor); Pain Disability Index (PDI [7i], se emplea para evaluar el grado de discapacidad asociada al dolor en las siguientes áreas de la vida cotidiana: autocuidado, apoyo vital, funcionamiento en el hogar, a nivel social, recreacional, laboral, y sexual); Profile of Mood States (POMS [65i], evalúa estado afectivo y contiene seis subescalas: tensión-ansiedad, depresión-abatimiento, ira-hostilidad, vigor-actividad, fatiga-inercia, y confusión-perplejidad); Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD [26i], instrumento que identifica el trastorno de ansiedad generalizada en consultas psiquiátricas); Perceived Stress Scale (PSS [14i], instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes); Quality of Well Being Scale (QWB [1], evalúa la Calidad de Vida. Esta escala está compuesta por complejos de síntomas/problemas y escalas funcionales. Se miden tres aspectos de disfunción: morbilidad, actividad física, y activi-

dad social.); Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS [14i], evalúa: satisfacción, cohesión, y expresión afectiva en las díadas); Rosenberg Self Esteem Scale (RSES [10i], escala que evalúa la autoestima); Structured Clinical Interview for DSM-IV-Depression subsection (SCID I, entrevista clínica semiestructurada para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor); Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R [90i], instrumento de autoinforme que evalúa el grado de malestar psicológico actual [distress] que experimenta una persona); Shoulder Disability Questionnaire (SDQ [16i], evalúa la discapacidad en las funciones del hombro en las actividades cotidianas); Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36 [26i] -versiones 1 y 2, instrumento genérico para la evaluación de la Calidad de Vida. Está compuesto por siguientes dimensiones o escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental); Sickness Impact Profile (SIP [189i], medida de comportamiento disfuncional relacionado con la enfermedad. Está compuesto por 14 categorías temáticas); Social Network Grid (SNG [1], evalúa apoyo social. En su administración se presentan miembros pertenecientes a redes sociales personales en 7 dominios: convivencia, familia/parientes, gente del trabajo o lugar de estudios, gente proveniente de organizaciones, amigos, vecinos; y profesionales.); Berkman-Syme Social Network Index (SNI [1], evalúa cuatro tipos de conexión social: estado civil, sociabilidad, grupo de miembros de la iglesia, y la pertenencia a otras organizaciones); Symptom Scale of the Omega Screening Questionnaire (SSOSQ [1], evalúa la sintomatología de distress.); Social Support Questionnaire (SSQ [27i], utilizado para cuantificar la disponibilidad y satisfacción con el soporte social que un individuo tiene); Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6 [6i], versión abreviada del SSQ. Presenta una lista de 6 situaciones que potencialmente requerirían apoyo social con el objetivo de evaluar la disponibilidad y satisfacción que el individuo tiene con el mismo); Subjective Stress Scale (SSS [31i], proporciona una medida sensible de estrés para las personas con discapacidad intelectual); State-Trait Anxiety Inventory (STAI [40i], evalúa la ansiedad estado-rasgo); State-Trait Personality Inventory-Depression (STPI-D [80i], mide la sintomatología depresiva. Este instrumento consta de 8 subescalas, que evalúan ansiedad, ira, curiosidad, y depresión rasgo y estado); Spiritual Well Being Scale of the Functional Assessment of Chronic Illness

Therapy (FACIT Sp-Ex [23i], proporciona indicador general del bienestar espiritual. Mide la percepción de calidad de vida espiritual, el bienestar religioso, y el bienestar espiritual); Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI [18i], evalúa el estilo de afrontamiento ante el dolor. Este instrumento está compuesto por dos subescalas: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo); World Assumption Scale (WAS [32i], evalúa las asunciones acerca de sí mismo y del mundo. Este instrumento mide el grado en que las personas asumen al mundo como benevolente, justo, controlable, y azaroso; asimismo, evalúa la medida en que las personas perciben que otros tienen control sobre lo que les sucede, o el hecho de percibirse afortunadas); Ways of Coping Questionnaire (WCQ [66i], medida genérica para la evaluación del afrontamiento al estrés, incluye las siguientes dimensiones: manejo confrontador; distanciamiento; autocontrol; búsqueda de apoyo social; aceptación de la responsabilidad; escape-evitación; solución de problemas; revaloración positiva); World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BRE [26i], instrumento genérico para la evaluación de la Calidad de Vida. Compuesto por las siguientes escalas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente); Women's Health Initiative Life Event Scale ([1], evalúa los riesgos y beneficios de un número de estrategias de prevención primarias en la salud de las mujeres post-menopáusicas); Wakefield Self Assessment Depression Inventory (WSADI ([1], evalúa sintomatología depresiva).

1.5. Listado de instrumentos de evaluación específicos para pacientes con cáncer u otras condiciones clínicas

Adaptation to the Survivorship Experience (ASE ([1], evalúa la adaptación al significado del Cáncer, preocupación respecto del futuro, conexión con otras personas, y cambios en las relaciones personales); Brief Fatigue Inventory (BFI [9i], evalúa el nivel de fatiga de los pacientes, incluye medidas de severidad e interferencia causada por la fatiga); Brief Pain Inventory (BPI [17i], evalúa la intensidad e historia del dolor de los pacientes. Asimismo provee información respecto a la ubicación, tipo de dolor e impacto del mismo); Brief Symptom Inventory (BSI [53i], evalúa distrés psicológico y está compuesto por diez dimensiones: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoti-

cismo, e ítems adicionales); Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES[139i], evalúa la rehabilitación y la calidad de vida en pacientes con Cáncer); Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form (CARES-SF [59i], evalúa la rehabilitación y la calidad de vida en pacientes con Cáncer. La escala consta de 5 subescalas: funcionamiento físico, psicosocial, médico, estado civil y funcionamiento sexual); Courtauld Emotional Control Scale (CECS [21i], evalúa el control emocional ante el enfado, la preocupación y la tristeza. La intercorrelación moderada alta entre las subescalas permite la obtención de una puntuación global del control emocional de los individuos); Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Short Form (CES-D SF [10i], evalúa sintomatología cognitiva, afectiva, motivacional y fisiológica de la depresión); Eastern Co-operative Oncology Group (ECOG ([1], evalúa el status funcional o de desempeño en las actividades cotidianas que informan los participantes); European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30 [30i], evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con Cáncer. Está compuesto por 3 escalas: Escala Funcional, Escala Global de Salud/Calidad de Vida, e ítems individuales); Escala de dolor de Keele (evalúa la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente con el tratamiento analgésico a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad del síntoma de dolor); FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G [27i], evalúa la Calidad de Vida a través de 4 escalas: bienestar físico, bienestar social/familiar, bienestar funcional y bienestar emocional); Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia subscale (FACT-An [48i], evalúa la Calidad de Vida y los resultados de la anemia y la fatiga en el Cáncer); FLIC, Functional Living Index-Cancer (FLIC [22i], evalúa el grado en que la Calidad de vida funcional y emocional de un paciente se ha visto afectada por su diagnóstico); Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC [40i], medida específica para la Evaluación del Afrontamiento al Estrés en pacientes con Cáncer. Está compuesta por las siguientes escalas o dimensiones: espíritu de lucha; preocupación ansiosa; indefensión/desesperanza; fatalismo; evitación cognitiva); Medical Outcome Study-Social Support Survey (MOS-SSS [20i], evalúa el apoyo social percibido, explorando 5 dimensiones: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto-cariño);

Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS [24i], desarrollada para proporcionar información multidimensional sobre un grupo diverso de síntomas comunes. Es un instrumento válido y confiable para la evaluación de la prevalencia de los síntomas, características y distress); Piper Fatigue Scale (PFS [22i], evalúa la fatiga incluyendo dimensiones subjetivas de la percepción temporal, sensorial, afectiva y severidad de los componentes de la misma. Las dimensiones objetivas de la PFS incluyen signos de fatiga que podrían ser validados por medios fisiológicos, biológicos y comportamentales); Perceived Stress Scale for Cancer Patients (PSCP ([1], evalúa el estrés percibido en diferentes dimensiones); Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS [47i], instrumento multidimensional para la Calidad de Vida que evalúa 12 dominios, 7 de los cuales contienen información genérica, y 5 son específicos sobre aspectos vinculados al Cáncer); Ferrans and Powers Quality of Life Index-Cancer Version (QLI-CV [32i], se emplea a fin de estudiar la satisfacción con diversos dominios de la Calidad de Vida y la importancia asignada a tales dominios por parte de los pacientes); Rotterdam Symptom Check List (RSCL [39i], evalúa el impacto de los síntomas sobre la Calidad de Vida en pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos); Symptom Distress Scale (SDS [13i], medida específica para la evaluación de los síntomas relacionados con el Cáncer).

1.5.1. Instrumentos para población clínica no-oncológica

Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community (MUIS-C [23i], evalúa percepciones de incertidumbre en relación a la enfermedad.); Northouse Fear of Recurrence Scale (Northouse FRS, [22i] evalúa el temor a la recurrencia de la enfermedad.); Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS[46i], evalúa 7 áreas psicosociales relevantes para el ajuste en personas con Enfermedades médicas: ámbito vocacional, ámbito doméstico, relaciones sexuales, núcleo familiar, ámbito social, distrés psicológico y orientación hacia el cuidado de la salud.); Patient Health Questionnaire (PHQ[16i], prueba de diagnóstico y detección de desórdenes mentales).

1.6. Listado de instrumentos de evaluación específicos para mujeres con cáncer de mama

Breast Cancer Prevention Trial Symptom Checklist (BCPT [43i], evalúa los efectos

secundarios y examina las correlaciones de las dimensiones de los síntomas derivados entre poblaciones de pacientes con Cáncer de Mama); Concerns About Recurrence Scale (CARS [29i], evalúa los temores de las pacientes acerca de la posibilidad de recurrencia del Cáncer de Mama, incluye la evaluación de la frecuencia, la coherencia, la intensidad y el potencial para el malestar causado por la preocupación sobre la recurrencia de la patología neoplásica mamaria); Caring About Women And Cancer (CAWAC ([1], mide las percepciones, experiencias y la evaluación del tratamiento del Cáncer entre las mujeres europeas); Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama (CVCM, [1]); European Organization for Research and Treatment of Cancer-Breast (EORTC QLQ-Br23[23i], evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con Cáncer de Mama. Está compuesto por cuatro escalas de síntomas: efectos secundarios de los tratamientos, síntomas de la mama, síntomas del brazo, preocupación por pérdida del pelo, y cuatro escalas de funcionamiento: imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute del sexo y preocupación por el futuro); Early Stage Breast Cancer-módulo específico para cirugía mamaria (ESBC/QPBS, [1]); Escala de Hallazgo de Beneficios ([17i], evalúa la percepción que tienen las pacientes con Cáncer de Mama respecto a las contribuciones positivas que hubo en su vida a partir de la experiencia de ser diagnosticadas y tratadas por esa enfermedad); Escala de Imagen Corporal de Schain([1]); Escala de Problemas de Schain([1]); Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer (FACT-B [27i (genéricos) + 9i (específicos)], evalúa la Calidad de Vida en pacientes con Cáncer de Mama, incluye las siguientes escalas (FACT-G): bienestar físico, ambiente social y familiar, bienestar emocional y bienestar funcional - y la dimensión adicional sobre otras preocupaciones sobre el Cáncer de Mama.); Profile of Concerns About Breast Cancer (PCBC [28i], es administrado a fin de conocer la medida en que las mujeres reportan preocupación por posibles efectos adversos del Cáncer de Mama o sus tratamientos).¹

¹ Leyenda: Pt, Paciente; CM, Cáncer de mama; Mst, Mastectomía; Crg, Cirugía; CrgC, Cirugía conservadora; Lpt, Lumpectomía; Trat Ady, Tratamientos adyuvantes; Qmt, Quimioterapia; Rdt, Radioterapia; Tmx, Tamoxifeno; Est Enf, Estadío de la enfermedad; Edad M, Edad Media; Or Et, Origen étnico; Añ Es M, Media de años de estudios; Sit Lab, Situación laboral; Es Ci, Estado civil; IR, Índice de respuesta.

2. RESULTADOS

2.1. Calidad de vida relacionada con la salud

2.1.1. Descripción de los estudios revisados

La información detallada respecto de cada estudio que explora la CVRS en mujeres con cáncer de mama post-cirugía es presentada en la Tabla 1 (Apéndice A) y las características clave de estos estudios son sintetizadas a continuación. Se identificó un total de 29 estudios que evaluaban CVRS en mujeres con cáncer de mama post-cirugía que reunieran los criterios de inclusión. Todos los estudios fueron publicados a partir de 1994. Entre los 29 estudios, 19 utilizaron un diseño transversal y 10 utilizaron un diseño longitudinal. Los estudios longitudinales incorporaban intervalos de seguimiento comprendidos en el rango 4 semanas a 5 años. En la totalidad de los estudios longitudinales (n=10), el seguimiento tenía lugar entre 1 mes y 5 años transcurridos. Se empleó una amplia variedad de instrumentos de medida estandarizados, y concebidos especialmente para el caso de algunos estudios para evaluar CVRS. Las medidas estandarizadas más comúnmente empleadas fueron el SF-36, EORTC QLQ-C30, y EORTC QLQ-Br23. La media muestral fue de 271 participantes con un rango de 23 a 1357. La edad media de las mujeres participantes en los estudios revisados fue de 53.7 años, con un rango de 37.8 a 66 años. La misma cantidad de estudios (n=11 en cada caso) reclutaron a las participantes en las áreas de espera de consulta externa de centros de salud y clínicas oncológicas, o bien por carta, obteniendo sus datos a partir de registros médicos. Basándonos en los 19 estudios que informaron el índice de respuesta a la participación por parte de las pacientes contactadas inicialmente, el índice de respuesta obtenido fue de 76.6% (rango de 49.5 - 98.6%).

La literatura ha puesto en evidencia que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama es susceptible de verse afectada tanto por variables médico-clínicas, como el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación; como por variables psicosociales como la imagen corporal, el estado emocional y las relaciones de pareja (Arraras, Illarramendi, Manterola, Salgado y Domínguez, 2007).

La calidad de vida del enfermo oncológico se considera una de las principales áreas de investigación de la psicooncología (Remor,

Ulla y Arranz, 2003); resultando esencial su valoración para identificar aquellos pacientes que necesiten de una intervención psicosocial (Bardwell et al., 2004).

“El cáncer de mama es el tumor que más atención ha recibido desde la psicología, y en el que se han realizado un número importante de estudios de calidad de vida” (Arraras et al., 2000, p.334).

La Tabla 1 reúne literatura científica que indica una tendencia a la mejoría a través del tiempo de la CVRS de las mujeres con cáncer de mama en evaluaciones realizadas bien durante los tratamientos adyuvantes, o bien tras haberlos concluido (p. ej.: Berger, Lockhart, y Agrawal, 2009; Bloom, Stewart, Chang, y Banks, 2004; Casso, Buist, y Taplin, 2004; Costanzo, et al., 2007; Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer, y Holzel, 2004; Hassey y Lafferty, 2000; Holzner et al., 2001 King, Kenny, Shiell, Hall, y Boyages, 2000; Knobf, 2007; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, y Ruland, 2005; Schreier y Williams, 2004). Asimismo, se ha encontrado que las mujeres con cáncer de mama han informado que el hecho de haber tenido la enfermedad ha cambiado sus vidas, dotándolas de significado (Giedzinska, Meyerowitz, Ganz, y Rowland, 2004). Otros autores (p. ej.: Bower et al., 2000; Broeckel, Jacobsen, Balducci, Horton, y Lyman, 2000; Jansen, Stiggelbout, Nooij, Noordijk, y Kievit, 2000; Trentham-Dietz et al., 2007; Victorson, Cella, Wagner, Kramer y Smith, 2007), han encontrado que las mujeres que han sobrevivido al cáncer de mama experimentan un descenso de la CVRS en varios dominios; incluso varios años luego del diagnóstico y finalizados los tratamientos.

Diversos estudios informan que la calidad de vida global informada por mujeres con cáncer de mama evaluadas fue buena (p.ej.: Casso et al., 2004; Giedzinska et al., 2004; Kessler, 2002; Marques et al., 2005; Valle et al., 2006). Otros investigadores han informado que los problemas físicos asociados al cáncer y su tratamiento han sido interpretados como importante fuente de distrés (Costanzo et al., 2007).

Los problemas y disfunción en el brazo se encontraron fuertemente asociados con una más pobre calidad de vida (Engel et al., 2003), con severidad de la sintomatología general asociada a la enfermedad (Casso et al., 2004; Janz et al., 2007), con el dolor (Casso et al. ; Rietman et al., 2004), con el estrés respecto de la propia salud (Yen et al., 2006), y con el apoyo social percibido (Carver, Smith, Petronis, y Antoni, 2006; Casso, et al. ; Sammarco y Konecny, 2008; So

et al., 2009), siendo informado un declive de éste último a través del tiempo (Bloom et al., 2004). Por otra parte, un estilo de afrontamiento emocional resultó ser predictor de mejor calidad de vida en aquellas mujeres que percibían su contexto social como altamente receptivo a su expresión de emociones en relación al cáncer (Stanton et al., 2000). Otros investigadores han encontrado también asociaciones significativas entre el estilo de afrontamiento y la dimensión de salud mental de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, y Mood, 2004; Schou, Ekeberg, y Ruland, 2005), así como entre optimismo y mayor calidad de vida, o pesimismo y calidad de vida empobrecida (Carver et al., 2006; Schou, et al.), entre sintomatología depresiva y menor calidad de vida (Desheids, Tibbs, Fan, y Taylor, 2006; Shapiro et al., 2001), entre niveles de sintomatología ansiosa y calidad de vida (Schreier y Williams, 2004; Shapiro et al., 2001), entre distrés y calidad de vida (Shapiro et al., 2001), entre control percibido y calidad de vida (Tomich y Helgeson, 2002); en este sentido, la incertidumbre estuvo inversamente relacionada con la calidad de vida (Sammarco y Konecny, 2008).

La edad ha sido una de las variables sociodemográficas más ampliamente documentada en relación a la calidad de vida, siendo informada una peor función social y mayor disrupción en las actividades cotidianas por las mujeres más jóvenes (Engel et al., 2007; Schou et al., 2005; Shapiro et al., 2001), niveles más bajos de calidad de vida global (King et al., 2000; Vacek, Winstead-Fry, Secker-Walker, Hooper, y Plante, 2003), peor calidad de vida global, bienestar emocional, y social (Bulotiene, Ostapenko, y Veseliunas, 2005), función emocional, función social, imagen corporal, y perspectiva respecto del futuro (Janz et al., 2005), mayor distrés (Costanzo et al., 2007), mayor sintomatología asociada a la enfermedad (Janz et al., 2007), función social, finanzas, y percepción de la propia salud futura (Engel, et al., 2004), y función sexual (Casso et al., 2004; Schou, et al.). Otros autores encontraron que las mujeres de mayor edad presentaban una tasa más acelerada de declive en su calidad de vida respecto de las mujeres más jóvenes (Vacek et al., 2003). El tipo de cirugía recibida parece tener mayor impacto en la dimensión mental de la CVRS de las mujeres más jóvenes, comparando la mastectomía con la cirugía conservadora (que la afecta negativamente en menor medida) (Wapnir, Cody, y Greco, 1999). La cirugía conservadora estuvo

asociada también a mejor capacidad para llevar a cabo actividades de vida diaria (Bulotiene et al., 2005). Las mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria presentaron mejor salud mental y funcionamiento físico que aquellas sin reconstrucción (Giroto, Schreiber y Nahabedian, 2003). El funcionamiento emocional informado por las mujeres más jóvenes fue más pobre que el de las mayores en el primer año desde la cirugía (Engel et al., 2007), así como informaron mayores dificultades vinculadas a funciones que implicaban el uso de su brazo (Engel et al., 2007).

Una de las variables clínicas asociadas a la calidad de vida ha sido el status menopáusico, informando mejor CVRS las mujeres postmenopáusicas (Safaei, Moghimi-Dehkordi, Zeighami, Tabatabaee, y Pourhoseingholi, 2008), así como lo han hecho las mujeres laboralmente activas (Safaei, et al.), aunque las mujeres postmenopáusicas informaron mayor problemática en la vida sexual asociada a dicho status (Bloom, et al., 2004).

Resultados contradictorios, fueron descritos respecto a la situación marital de las mujeres, Marques et al. (2005), describieron niveles menores de calidad de vida para las mujeres casadas, mientras otros investigadores (King et al., 2000 Sammarco y Konecny, 2008), encontraron mejor calidad de vida en mujeres casadas o viviendo en pareja que en mujeres con otro estado civil. Por otra parte, el declive en la calidad de vida de las mujeres casadas fue más lento que el de las mujeres con otro estado civil (Vacek et al., 2003). En lo que respecta a la influencia de estar en pareja al momento de afrontar el cáncer de mama, se encontró que el apoyo de la pareja es uno de los aspectos de mayor incidencia en la CVRS, siendo la calidad de la relación de la pareja lo que influye en la calidad de vida (Shapiro et al., 2001).

Un estadio más avanzado de la enfermedad y tratamientos adyuvantes más agresivos (como la quimioterapia), influyeron negativamente sobre la calidad de vida de las mujeres más jóvenes (Vacek et al., 2003). En lo que refiere al impacto de los diferentes tratamientos adyuvantes, se ha encontrado que todas las opciones de tratamiento afectan negativamente la CVRS de los pacientes (Radice y Redaelli, 2003). El tratamiento adyuvante que está relacionado con una mayor disminución en la calidad de vida física del paciente es la quimioterapia (Berger et al. 2009; Casso et al., 2004; Hopwood, Haviland, Mills, Sumo y Bliss, 2007; Meyerowitz, Sparks y Spears, 1978; So et al., 2009), así como aquel

asociado a más altos niveles de fatiga y peor calidad de vida mental (Berger et al.), y a mayores niveles de fatiga en comparación a las mujeres tratadas con radioterapia adyuvante (Janz et al., 2007; So et al., 2009). La calidad de vida global informada por mujeres con mastectomía sin quimioterapia fue buena (Bulotiene, Veseliunas, y Ostapenko, 2007). Tras 9 meses desde la cirugía, el empeoramiento de la calidad de vida global de las pacientes con mastectomía y quimioterapia fue mayor que el de aquellas que recibieran cirugía conservadora o mastectomía sin quimioterapia, cuyo nivel de calidad de vida se mantuvo (Bulotiene, et al.). Las mujeres jóvenes que reciben quimioterapia presentan más factores de riesgo que pueden derivar en una peor calidad de vida (Hopwood et al., 2007). Otro estudio encontró que mujeres con cáncer de mama y que no recibieron tratamiento adyuvante informaron mejor calidad de vida en las subescalas de función física, rol físico, dolor corporal, función social y salud general que aquellas mujeres que recibieron quimioterapia o tamoxifeno (Ganz et al., 2002). Haber recibido quimioterapia fue predictor de peor función de rol al cabo de un año desde la cirugía (Schou et al., 2005), y de más pobre función sexual (Schou, et al.), siendo documentado respecto de ésta última dificultades informadas por las pacientes (Bloom, et al. 2004), así como de peor calidad de vida (Casso et al., 2004). Haber recibido radioterapia se encontró significativamente asociado a mayor fatiga, y ésta, a más pobres puntuaciones funcionales de calidad de vida informadas (Graydon, 1994; Jansen, Stiggelbout, Nooij, Noordijk y Kievit, 2000).

El estadio de la enfermedad ha sido ampliamente documentado como variable clínica predictora de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama (Kershaw et al., 2004; Kessler, 2002; Safaee et al., 2008).

La existencia de otras enfermedades crónicas además del cáncer de mama resultó ser predictor significativo de la calidad de vida de estas pacientes (Vacek et al., 2003).

El tipo de cirugía recibido ha sido vastamente documentado como factor asociado a la CVRS. La cirugía conservadora de la mama es presentada en la literatura asociada a mejores puntuaciones en la mayoría de dominios de la CVRS (Bulotiene et al., 2005; Casso et al., 2004; de Haes, Curran, Aaronson y Fentiman, 2003; Engel et al., 2004; Wapnir et al., 1999). A este respecto, otros autores no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en función de rol, dolor corporal, salud

general, función emocional, y evolución de la propia salud informada (Wapnir, et al.), sintomatología física, función de rol, función social, vida vida psicosexual y sentido de bienestar (Zanapalioglu, Atahan, Gur, Cokmez, y Tarcan, 2009), función física (Shou et al., 2005), calidad de vida global (Janz et al., 2005). La calidad de vida global, y en su dominio social se vio empeorada al cabo de 9 meses tras la cirugía tanto en mujeres mastectomizadas como en aquellas a quienes se les había practicado cirugía conservadora (Bulotiene et al., 2007); mientras que el bienestar emocional informado fue menor únicamente para las mujeres con cirugía conservadora. Las pacientes con mastectomía informaron más pobre imagen corporal que las pacientes con cirugía conservadora evaluadas (Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, 2004; Curran et al., 1998; de Haes et al., 2003; Engel et al., 2004; Janni et al., 2001; Janz et al., 2005; Shou et al., 2005; Wapnir, et al.).

Entre los dominios de la CVRS más frecuentemente informados por mujeres con cáncer de mama como afectados se encuentran las funciones emocional y física (Marques et al., 2005; Safaee et al., 2008). Las dimensiones física, psicológica y ambiental de la calidad de vida se han encontrado asociadas a la sintomatología depresiva, pudiendo ésta última ejercer un impacto negativo en la CVRS (Yen et al., 2006). En comparación con muestras de mujeres saludables, han sido documentados en mujeres con cáncer de mama peor calidad de vida en dominios físicos y psicológicos (Conde et al., 2005; Schou et al., 2005; Yen et al., 2006). En estudios que las comparan con mujeres saludables, también han sido documentados en mujeres con cáncer de mama mayor estrés vinculado a la propia salud, la familia, y las relaciones interpersonales (Yen, et al.), la preocupación por la propia salud, ansiedad, y fatiga (Jansen et al., 2000). Existe literatura que ha documentado resultados contrarios, hallando niveles similares en calidad de vida global y ajuste social entre las mujeres con cáncer de mama y población femenina general de referencia (Giedzinska et al., 2004). Otros investigadores encontraron niveles de calidad de vida similares entre pacientes con cáncer de mama y mujeres saludables (Tomich y Helgeson, 2002).

2.2. Estrategias de Afrontamiento y distrés psicológico: Descripción de los estudios revisados

La información detallada respecto de cada estudio que explora las estrategias de afrontamiento y distrés en mujeres con cáncer de

mama post-cirugía es presentada en la Tabla 2 (Apéndice B) y las características clave de estos estudios son sintetizadas a continuación. Se identificó un total de 20 estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y que evaluaban estrategias de afrontamiento y distrés emocional en mujeres con cáncer de mama post-cirugía. Todos los estudios fueron publicados a partir de 1992. Entre los 20 estudios, 12 utilizaron un diseño transversal y 8 utilizaron un diseño longitudinal. Los estudios longitudinales incorporaban intervalos de seguimiento comprendidos en el rango de 3-4 días a 5 años; en la totalidad de ellos ($n=8$), el seguimiento tenía lugar entre los 3 y 12 meses transcurridos. Se empleó una amplia variedad de instrumentos de medida estandarizados, o concebidos especialmente para el caso de algunos estudios con el objetivo de evaluar estrategias de afrontamiento. Los instrumentos de medida más frecuentemente utilizados en los estudios que integran la presente Revisión fueron: COPE – en su versión completa o breve, Profile of Mood States, el Brief Symptom Inventory y la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. La media muestral del conjunto de investigaciones fue de 106 participantes con un rango de 14 a 236. La edad media de las mujeres participantes en los estudios revisados fue de 54.7 años, con un rango de 44 a 63.5 años. La mayoría de estudios ($n= 13$) reclutaron a las participantes en las áreas de espera de consulta externa de centros de salud y clínicas oncológicas. Basándonos en los 14 estudios que informaron el índice de respuesta y adherencia a la participación por parte de las pacientes contactadas inicialmente, el índice de respuesta obtenido fue de 82% (rango de 57.6 - 98.4%).

A partir de la literatura recogida en la Tabla 2, se puede concluir que el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres tienen una influencia significativa en su CVRS, en mayor medida en la dimensión mental de la calidad de vida, que en las dimensiones físicas de la misma (Kershaw et al., 2004).

Ha sido encontrada en diversos estudios una relación bidireccional entre distrés emocional y estrategias de afrontamiento, en la que las estrategias empleadas inciden en los niveles de distrés de las mujeres, y el nivel de distrés ejerce su influencia al movilizar determinados esfuerzos de afrontamiento de forma más o menos efectiva (Culver, Arena, Antoni y Carver, 2002; Osowiecki y Compas, 1999). En este sentido, mayor nivel de distrés pre-quirúrgico predijo mayor uso de la autodistracción, menor

afrontamiento religioso, y mayor uso de sustancias post-cirugía; a través del tiempo, el distrés predijo menor aceptación, mayor expresión de emociones negativas, más autodistracción, y el uso de afrontamiento activo y planificación en mayor medida (Culver, et al.). El distrés post-cirugía predijo mayor desvinculación al cabo de 3 meses, lo cual a su vez, predijo mayores niveles de distrés a los 6 meses, y ese nivel de distrés informado predijo expresión de emociones negativas en mayor medida al cabo de un año (Culver, et al.).

Las estrategias de afrontamiento de tipo evitativo presentaron una correlación significativa con menores niveles de calidad de vida mental de las pacientes (Kershaw, et al., 2004). Asimismo, el estilo de afrontamiento evitativo al momento del diagnóstico predijo mayor temor a la recurrencia al cabo de un año desde la cirugía (Carver et al., 1993; Culver et al., 2002; Holland y Holahan, 2003; Neipp, López-Roig, Terol, y Pastor, 2008 ; Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, y Gaston-Johansson, 2005; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou, y Koutri, 2007; Stanton y Snider, 1993), disminuyendo su uso a través del tiempo (Roussi, et al.). En similar dirección a la de estos hallazgos, el estilo de afrontamiento a través de la desvinculación, predijo mayores niveles de distrés (Culver, et al.). Asimismo, el uso de estrategias de afrontamiento de aproximación se encontró asociado a mejor ajuste psicológico (Holland y Holahan, 2003). Ello sugiere que la evitación es un factor de riesgo para un peor ajuste, al menos en términos específicamente relacionados al cáncer.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se han encontrado asociadas a mayor sintomatología emocional o distrés psicológico (Cohen, 2002; Gilbar, 2005; Gilbar y Hevroni, 2007; Osowiecki y Compas, 1999; Thomas y Marks, 1995), así como se ha documentado la asociación entre la tendencia a su empleo y bajos niveles educativos alcanzados (Gilbar, 2005). Las estrategias de afrontamiento de aproximación centradas en el problema se encontraron asociadas a menores niveles de distrés (Osowiecki y Compas, 1999).

La aceptación ha sido ampliamente documentada como estrategia de afrontamiento más frecuentemente empleada por la mujeres con cáncer de mama (Kershaw et al., 2004; Lu, 2005; Stanton, Danoff-Burg, y Huggins, 2002; Thomas y Marks, 1995), y parece ser que la aceptación es una consecuencia del paso del tiempo (Roussi et al., 2007), implicando ello un intento activo de aprender a vivir con la

enfermedad y la realidad de la situación. Esta aceptación activa se ha encontrado correlacionada con mejor ajuste y menores niveles de distrés (Carver et al., 1993; Culver, et al., 2002; Neipp, et al., 2008; Roussi, et al.; Stanton, et al.), así como con reinterpretación positiva, que a su vez estuvo correlacionada con menores niveles de distrés (Thomas y Marks, 1995). La reinterpretación positiva también ha sido documentada como una de las más frecuentemente empleadas por las mujeres con cáncer de mama para afrontar la enfermedad (Li y Lambert, 2007). En este sentido, la comparación social positiva, pensamiento positivo y resignación, como estrategias de aproximación cognitiva al problema, implican la asunción de la enfermedad, y en cierta medida la aceptación, al intentar sobrellevar la realidad de la situación en forma positiva (Neipp et al., 2008).

Por su parte, el catastrofismo como estrategia de afrontamiento más vinculada a la indefensión, se observó fuertemente asociado a mayores niveles de distrés, mientras que el afrontamiento activo lo estuvo de modo inverso (Bishop y Warr, 2003).

El empleo de estrategias de afrontamiento de tipo religioso, resultó útil en términos de ajuste para mujeres con bajos niveles de esperanza, mientras que el empleo de este tipo de afrontamiento en escasa medida, así como las estrategias de afrontamiento de aproximación resultaron de utilidad para mujeres con elevados niveles de esperanza (Stanton et al., 2002).

Las mujeres optimistas presentaron una tendencia a responder en mayor medida con espíritu de lucha, lo cual estuvo asociado a mejor calidad de vida global y a las dimensiones física y emocional de funcionamiento al cabo de un año desde la cirugía (Schou, Ekeberg, y Ruland; 2005); las autoinstrucciones positivas y menores niveles de catastrofismo estuvieron asociados a menor frecuencia e intensidad de sintomatología depresiva y ansiosa (Reddick et al., 2005). Las mujeres pesimistas presentaron una tendencia a responder en mayor medida con desesperanza/indefensión, lo cual estuvo asociado a peor calidad de vida global y funcionamiento al cabo de un año desde la cirugía (Schou, et al.). Hallazgos en similar dirección indican que menores niveles de desesperanza/indefensión, preocupación ansiosa y fatalismo se encontraron asociados a menores niveles de distrés y mejor calidad de vida (Schnoll, Harlow, Stolbach, y Brandt, 1998). En este sentido, una actitud positiva respecto a la situación y la evaluación de ésta se encontró fuertemente

correlacionada con mejor ajuste psicológico, al predecir menores niveles de ansiedad (Cohen, 2002), así como un mayor hallazgo de beneficios a partir de la enfermedad se encontró correlacionado con menor distrés informado y a una tendencia a la reinterpretación positiva de la situación estresora (Urcuyo, Boyers, Carver, y Antoni, 2005).

Se ha documentado el uso de búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento más frecuentemente empleada (Bourjolly y Hirschman, 2001). La búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento resultó efectiva en términos de ajuste psicosocial para mujeres con elevado nivel de esperanza informado (Stanton, et al., 2002); y se encontró relacionada a menores niveles de distrés psicológico (Gilbar, 2005; Holland y Holahan, 2003).

La expresión emocional como estrategia de afrontamiento tras la cirugía de cáncer de mama estuvo asociada con menores niveles de distrés, mayor vigor, mejor percepción del propio estado de salud y menos consultas médicas en los 3 meses posteriores (Stanton et al., 2000). La expresión emocional se encontró asociada a menores niveles de distrés emocional también tras la visita médica inicial, tras recibir el diagnóstico de cáncer de mama, y 3 meses tras ser dadas de alta luego de la cirugía, así como a mayores niveles de fatiga 3 meses tras ser dadas de alta luego de la cirugía; mientras que las mujeres que suprimían sus emociones de ira y ansiedad informaron elevados niveles de distrés psicológico (Iwamitsu et al., 2005). Resultados de otros estudios encontraron la expresión emocional tras la cirugía y 3 meses después estuvo asociada a mayor distrés (Roussi et al., 2007), asociada a mayor distrés en mujeres hispanas (Culver, Arena, Wimberly, Antoni, y Carver, 2004), y a menores niveles de distrés 3 meses después de la cirugía cuando antes de ésta, las mujeres empleaban la expresión emocional junto con la búsqueda de apoyo social (Roussi, et al.). Este tipo de afrontamiento predijo mejor calidad de vida, únicamente para aquellas mujeres que percibían sus contextos sociales como altamente receptivos a dicha expresión emocional en relación a la enfermedad (Culver, et al.; Stanton et al., 2000).

La edad fue una variable sociodemográfica correlacionada con mayores niveles de distrés (Stanton et al., 2002), y de ansiedad (Cohen, 2002), en detrimento de las mujeres más jóvenes. Otros investigadores han encontrado que no hubo correlación directa entre la edad y ajuste psicológico (Schnoll et al., 1998).

Entre las variables clínicas estudiadas en relación a las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas y/o niveles de distrés emocional, se ha documentado que pacientes con estadíos más avanzados de la enfermedad han informado mayor distrés emocional que aquellas con cáncer de mama en estadíos iniciales (Cohen, 2002; Gilbar, 2005; Gilbar y Hevroni, 2007). Otros estudios han encontrado que no hubo correlación directa entre el estadio de enfermedad y ajuste psicológico, a pesar de que las mujeres en estadíos más tempranos del cáncer de mama informaron mayor uso de estilos de afrontamiento adaptativos- como el espíritu de lucha -, y menor uso de aquellos desadaptativos- como desesperanza/indefensión y fatalismo - (Schnoll et al., 1998).

Se ha documentado que los niveles de distrés informado tienden a descender a medida que transcurre el tiempo y luego de la cirugía, estabilizándose una vez culminados los tratamientos adyuvantes post-cirugía (Culver et al., 2002; Osowiecki y Compas, 1999).

2.3. Sintomatología depresiva: Descripción de los estudios revisados

La información detallada respecto de cada estudio que explora la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama post-cirugía es presentada en la Tabla 3 (Apéndice C) y las características clave de estos estudios son sintetizadas a continuación. Se identificó un total de 9 estudios que evaluaban principalmente sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama post-cirugía y reunían los criterios de inclusión. Todos los estudios fueron publicados a partir del año 2000. Entre los 9 estudios, 5 utilizaron un diseño transversal y 4 utilizaron un diseño longitudinal. Los estudios longitudinales incorporaban intervalos de seguimiento comprendidos en el rango 1 semana a 9 meses, en la totalidad de ellos (n=5), el seguimiento tenía lugar entre 1 semana y 9 meses transcurridos. Se empleó una amplia variedad de instrumentos de medida estandarizados para evaluar sintomatología depresiva. Las medidas estandarizadas más comúnmente empleadas fueron la HADS, CES-D, y SCID I. La media muestral fue de 151 participantes con un rango de 28 a 331. La edad media de las mujeres participantes en los estudios revisados fue de 52.8 años, con un rango de 42.7 a 58.6 años. La mayoría de estudios (n=7) reclutaron a las participantes en las áreas de espera de consulta externa de centros de salud y clínicas

oncológicas. Basándonos en los 5 estudios que informaron el índice de respuesta y adherencia a la participación por parte de las mujeres contactadas inicialmente, el índice de respuesta obtenido fue de 78.8% (rango de 52 - 100%).

De acuerdo a la información reflejada en la Tabla 3, se puede resumir que la experiencia con el cáncer de mama varía sustancialmente entre pacientes. A partir del análisis de la literatura científica más reciente, que reuniera los criterios de inclusión para la presente revisión sobre sintomatología depresiva en cáncer de mama, podemos afirmar que existe evidencia de que las mujeres que lo padecen presentan relativamente elevados niveles de sintomatología depresiva, o superiores en prevalencia y severidad a los de la población femenina general (p. ej.: Giedzinska et al., 2004; Golden-Kreutz y Andersen, 2004; Ritterband y Spielberger, 2001; So et al., 2009; Valle et al., 2006; Yen et al., 2006). Se ha documentado que estos niveles de sintomatología depresiva informados son mayores debido a una pobre función física, más que a componentes de tipo afectivo/cognitivo de la depresión (Ritterband y Spielberger, 2001). Se han encontrado asociaciones significativas positivas entre estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y mayor sintomatología depresiva y adaptación psicosocial (Cohen, 2002; Culver et al., 2002; Neipp et al., 2008; Osowiecki y Compas, 1999; Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, y Gaston-Johanson, 2005; Roussi et al., 2007); aunque también se ha encontrado evidencia de que las cogniciones de tipo intrusivo se han presentado como más fuertemente correlacionadas con sintomatología depresiva que la evitación (Golden-Kreutz y Andersen, 2006). Similar relación ha sido encontrada entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y los niveles de depresión (Bishop y Warr, 2003; Cohen, 2002; Iwamitsu et al., 2005) y distrés (Gilbar, 2005; Roussi, et al.). La historia previa de ansiedad o depresión se encontró correlacionada a mayores niveles de depresión autoinformados a partir de la experiencia de enfermedad (Costanzo et al., 20007). La sintomatología depresiva se encontró correlacionada con el estrés asociado al cáncer, así como a los niveles de estrés global (Costanzo et al., 2007; Golden-Kreutz y Andersen, 2006). Un factor a menudo asociado con la depresión ante la enfermedad es el apoyo social/familiar percibido. Existe literatura científica que documentó que el número de personas que brinda apoyo social a la paciente predice la severidad de la sintomatología depresiva; menores niveles

de apoyo emocional hacen a las mujeres más proclives a experimentar esta sintomatología (Osowiecki y Compas, 1999; Robles, Morales, Jiménez, y Morales, 2009; Suárez y Rueda, 2007; Wong-Kim y Bloom, 2005), así como a informar mayores niveles de distrés (Gilbar, 2005), y peor Calidad de Vida (Yen et al., 2006). En la misma dirección, existen estudios que han documentado que pobres relaciones familiares y función social predicen mayores niveles de depresión (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko, y Furmonavicius, 2008; Yen et al., 2006); así como mayor vulnerabilidad en este sentido de las mujeres viudas y divorciadas en relación a aquellas casadas (Bulotiene, et al.).

La edad es una de las variables sociodemográficas más consistentemente asociada a la sintomatología depresiva, siendo informados niveles más elevados de depresión por las mujeres más jóvenes que por las mayores en diversos estudios (Costanzo et al., 2007; Reddick et al., 2005; Wong-Kim y Bloom, 2005; Yen et al., 2006), así como mayor distrés (Gilbar, 2005).

Entre las variables clínicas que la literatura científica documenta como más consistentemente relacionadas con sintomatología depresiva se encuentra el tipo de cirugía, presentando mayor prevalencia y severidad de sintomatología las mujeres con mastectomía que aquellas a quienes se les practicó cirugía conservadora (Costanzo et al., 2007; Suárez y Rueda, 2007). Otra variable clínica que se ha encontrado significativa y positivamente correlacionada con la sintomatología depresiva es el estadio de la enfermedad, así como la recurrencia (Cohen, 2002). Aparentemente, los niveles de depresión tienden a descender al cabo del tiempo, siendo informados en mayor medida y/o con mayor severidad antes, o próximo al momento de la cirugía que en evaluaciones posteriores, a pesar de revestir carácter clínicamente significativo también entonces (Bulotiene, Ostapenko, y Veseliunas, 2006; Culver et al., 2002; King et al., 2000; Roussi et al., 2007; Yen et al., 2006). Hay evidencias de que a mayores niveles de depresión se observa una CVRS más pobre (p. ej.: Deshields et al., 2006; So et al., 2009; Yen et al., 2006).

3. DISCUSIÓN

3.1. Principales hallazgos

Entre las investigaciones revisadas y variables de estudio, son diversos los hallazgos y derivaciones teóricas, científicas, y clínicas que

las mismas implican. En la literatura científica acerca de los temas seleccionados se presentó descripción, correlación, análisis, y predicción de los factores estudiados con una determinada robustez en cada caso puntual.

El impacto psicológico del cáncer de mama en la vida de la paciente es reconocido. Los hallazgos de la presente revisión sugieren que las mujeres con cáncer de mama son vulnerables en lo que respecta a que su CVRS y que ésta pueda verse afectada por el distrés psicológico y el desarrollo de la sintomatología depresiva; asimismo, ciertos estilos y estrategias de afrontamiento (p. ej. las estrategias de aproximación, aceptación, reinterpretación positiva, búsqueda de apoyo social), y ciertas variables sociodemográficas y laborales (p. ej. tener mayor edad, encontrarse laboralmente activas), clínicas (p. ej. haber sido diagnosticada en estadios iniciales de la enfermedad, haber recibido cirugía conservadora, padecer otras enfermedades crónicas, haber sido tratadas con quimioterapia adyuvante, presentar menor sintomatología física asociada a la enfermedad o sus tratamientos), y psicosociales (p. ej. ausencia de historia previa de ansiedad y depresión, ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva, amplitud de la red social -o cantidad de personas disponibles para ofrecer apoyo social-) están asociados a un mejor ajuste a la enfermedad, mejor calidad de vida y menores niveles de distrés emocional. Habitualmente se presenta al menos cierto grado de disrupción de las actividades cotidianas, conllevando ello concomitancias negativas en el plano psicosocial y físico de la salud. Es posible que se observen disfunciones en la actividad y satisfacción psicosexual. El apoyo social percibido aparece asociado al distrés psicológico informado, y a aspectos funcionales.

Consideramos, a partir de la revisión llevada a cabo, que el cáncer de mama es una enfermedad que supone un impacto negativo tanto en la dimensión mental como física de la salud de la mujer, y por lo tanto merece ser abordada por profesionales de la salud de diversas disciplinas especialmente entrenados con tales fines, proveyendo de información y apoyo a las pacientes y sus familias, en tanto necesario. Las necesarias intervenciones psicoeducativas y psicosociales serán más efectivas y lograrán optimizar sus resultados en tanto sean diseñadas atendiendo y priorizando las necesidades específicas de las mujeres con cáncer de mama, implementadas y valoradas experimentalmente.

3.2. Reflexiones teórico-clínicas de los hallazgos principales

A partir del análisis de los resultados más salientes que arrojó la búsqueda, a continuación se sugieren directrices respecto de la manera en que los factores investigados podrían ser abordados en intervenciones psicosociales en mujeres con cáncer de mama.

3.2.1. Calidad de vida relacionada con la salud

En base a los resultados de los estudios revisados, entendemos necesario que los profesionales de la salud trabajen en forma temprana en la detección de signos y síntomas para la identificación de pacientes con riesgo de deterioro en la salud mental. En tales casos, es recomendable proveerles de apoyo adicional a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, de acuerdo a sus necesidades, contribuyendo en la prevención de reacciones emocionales desadaptativas, así como de resultados e impacto negativos para la calidad de vida de estas (p. ej., programas psicoeducativos sobre los principales aspectos acerca de la enfermedad, derivar a grupos de apoyo, trabajar interdisciplinariamente a fin de ofrecerles mejor apoyo social y sanitario, disponibilidad de una línea telefónica a la cual referir consultas y dudas, potenciar implicación en actividades gratificantes, o sugerir planes de ejercicio físico personalizados).

Variables como los niveles de distrés, ansiedad, sintomatología depresiva, apoyo social percibido, sintomatología en el brazo, en la mama y secundaria a los tratamientos adyuvantes, tipo de cirugía, trastornos del sueño, dolor agudo o crónico vinculados a procedimientos médicos o a la enfermedad y fatiga estuvieron asociadas a la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Empleando instrumentos válidos y confiables para la evaluación y documentación sistemática de factores psicosociales y clínicos será factible determinar los elementos que contribuyen a su presencia, frecuencia y severidad, a fin de diseñar e implementar intervenciones apropiadas.

Consideramos que un manejo efectivo de los síntomas asociados a la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes contribuirá a reducir el impacto de los mismos en la CVRS. Las líneas de intervención psicosocial en cáncer de mama podrían incluir acciones preventivas dirigidas a la modificación de con-

ductas de riesgo, y entrenamiento en conductas y hábitos protectores para la salud y la calidad de vida de las pacientes. Se han observado mejores niveles de calidad de vida y de ajuste a partir de programas de intervención psicosocial (Manos, Sebastián, Mateos, y Bueno, 2009; Simpson, Carlson, y Trew, 2001). Entendemos por tanto, que una adecuada atención psicooncológica debe ser brindada durante y después de la enfermedad, promoviendo la optimización de la calidad de vida.

Habitualmente, las mujeres con cáncer de mama mantienen menor contacto con el personal sanitario una vez concluido el tratamiento primario, siendo este un momento en el que aún pueden necesitar apoyo que implica riesgo de dificultades de ajuste. Entendemos especialmente importante la evaluación de presencia y severidad de sintomatología en dicho período. Para algunas mujeres, puede resultar suficiente el reconocimiento de su sintomatología, psicoeducación y guía respecto de síntomas frecuentes en períodos post-tratamiento y su curso natural, o el entrenamiento en técnicas cognitivo comportamentales de manejo del estrés.

3.2.2. Estrategias de afrontamiento y distrés psicológico

La presente revisión arrojó fuerte evidencia de que el estrés percibido se encuentra asociado a peor ajuste a la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento por evitación y negación, estuvieron correlacionadas con peor ajuste al cáncer de mama. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (hacer algo para modificar la fuente de estrés), como por ejemplo: aceptación, reconceptualización positiva, y búsqueda de apoyo social por otro lado parecieron hallarse asociadas a mejor ajuste.

Las percepciones de estrés por parte de las mujeres con cáncer de mama podrían ser abordadas por diversas técnicas cognitivo comportamentales. Las intervenciones podrían apuntar a modificar la valoración de amenaza del cáncer de mama u otros estresores vitales, asistiendo a las pacientes en la identificación de posibles pensamientos automáticos inútiles o negativos y a fin de generar pensamientos alternativos posibles. Los métodos de manejo del estrés como la relajación muscular progresiva o imaginación guiada pueden ser apropiados para determinadas pacientes. Explorar las formas de manejar el impacto de los estresores diarios en la vida

de las mujeres puede también ser apropiado, como por ejemplo el entrenamiento en habilidades de asertividad, planificación y priorización, y reconocimiento de la necesidad de involucrarse en forma regular en actividades gratificantes. Las intervenciones podrían también explorar los tipos de estrategias de afrontamiento empleadas por la paciente, de modo de poder guiarla en sentido disuasorio respecto al uso y abuso de estrategias desadaptativas que no tengan en cuenta el tipo de estresor al que se enfrenta el individuo, potenciando respuestas más adaptativas.

El apoyo social percibido, así como una evaluación positiva del apoyo disponible de la pareja, familia y amigos se encontró asociado a mejor ajuste.

La mejoría en el apoyo social percibido puede ser alcanzada ayudando a la paciente a tomar en cuenta a las personas disponibles en su red social para proveerle de diferentes tipos de apoyo y examinar los modos de elicitar el apoyo. Asimismo, puede ser de ayuda explorar las expectativas de la paciente respecto de las demás personas y sus creencias sobre cómo la enfermedad afecta sus relaciones sociales. La inclusión de otros significativos en las intervenciones y el examinar aspectos del vínculo y comunicación que con ellos establece la paciente puede resultar importante, así como el entrenamiento en la clara expresión emocional respecto a la experiencia con el cáncer como forma de clarificación y consecución de las propias metas a este respecto.

Se han identificado asociaciones consistentes entre mayores niveles de involucramiento en conductas promotoras de la salud física y mental, y mejor ajuste. En un contexto terapéutico, es posible fomentar tales conductas de salud. Podrá establecerse metas comportamentales graduales, así como límites en lo que respecta a la apropiada práctica de ejercicio físico, descanso y relajación, seguimiento de tratamiento medicamentoso, dieta, tabaquismo, uso del alcohol y sueño.

Resulta entendible que las mujeres con cáncer de mama sientan una pérdida de control, amenaza a su supervivencia, y a su autoimagen. Ante ello, consideramos necesario abordar su atención desde diversos flancos, entre los cuales el papel del Psicólogo de la Salud y del ámbito hospitalario es central. Las intervenciones cognitivo comportamentales tendrán el objetivo último

de potenciar los recursos y fortalezas personales. En este sentido, los profesionales sanitarios deben tener presente la naturaleza del cáncer, las múltiples opciones de tratamiento, diversidad de respuestas de los pacientes, y las necesidades psicosociales y fisiológicas que conlleva para la mujer. La experiencia con el cáncer de mama, sobrevida, y su calidad de vida dependen en buena medida de la prontitud y precisión en la evaluación de sus necesidades por parte del personal sanitario.

Entendemos que una identificación temprana exitosa de factores de riesgo y de protección para el ajuste de las mujeres con cáncer de mama durante el primer año desde el diagnóstico, resulta promisorio de cara al desarrollo de intervenciones preventivas efectivas en la promoción de la sobrevida saludable de estas mujeres. Los principales resultados de la literatura revisada sugieren que las intervenciones cognitivo comportamentales individuales y grupales deberían apuntar a potenciar la actitud positiva y activa, y las técnicas de solución de problemas. Asimismo, ayudar a las pacientes en la modificación de pensamientos, creencias, o comportamientos que exacerban el distrés psicológico, empobreciendo también su calidad de vida; y evitar pensamientos pesimistas y actitudes negativas. Las intervenciones podrían incluir entrenamiento en técnicas de relajación y manejo del estrés, técnicas para el manejo de la ira, comunicación y asertividad, solución de problemas y pensamiento constructivo, reestructuración cognitiva, autocontrol emocional, materiales didácticos y psicoeducativos, estrategias para el manejo de síntomas, apoyo social, y educación para el autocuidado.

Los programas de intervención especialmente diseñados tienen el potencial de ayudar a las mujeres a afrontar más efectivamente los estresores y sus tareas cotidianas, de ayudarlas a anticipar las demandas asociadas con las etapas subsiguientes, y prepararlas para hacer frente a estos desafíos en forma exitosa (Buki et al., 2008).

3.2.3. Sintomatología depresiva

A pesar de que la sintomatología depresiva es experimentada con considerable frecuencia y severidad por mujeres con cáncer de mama, y la sintomatología depresiva severa no tratada podría derivar en una peor calidad de vida o hasta en intentos de autoeliminación, los profesionales de la salud pueden no contar con tiem-

po para evaluar el bienestar psicológico de las pacientes hasta que los síntomas se tornen evidentes. Las habituales presiones de tiempo en ámbitos clínicos podrían desalentar a los profesionales sanitarios respecto de la aproximación al status de salud mental del paciente (Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik, y Massie, 1999). El desarrollo de una aproximación precisa para identificar mujeres con cáncer de mama que sufran de sintomatología depresiva permitirá a los profesionales sanitarios efectuar intervenciones tempranas y contribuir al ajuste a la enfermedad de las pacientes y sus familiares.

Los profesionales de la salud podrían evaluar a aquellas mujeres en riesgo de desarrollo de depresión al momento del diagnóstico de cáncer de mama por medio de la identificación de factores de riesgo recogidos en los estudios revisados. Intervenciones cognitivo conductuales, de apoyo, y las intervenciones grupales podrían resultar beneficiosos. En caso de que las intervenciones estén dirigidas a las pacientes de riesgo, podría prevenirse la evolución de la sintomatología depresiva hacia trastornos depresivos mayores, al tiempo que se espera potenciar la calidad de vida de estas mujeres.

De acuerdo a los hallazgos de la literatura relevante en el tema, el apoyo social percibido se encuentra asociado a la presencia y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa. En este sentido, consideramos importante la consideración e inclusión de los familiares y referentes de apoyo social de las pacientes en los programas de intervención (Galván, Buki, y Garcés, 2009). Asimismo, el tiempo desde el diagnóstico, así como el estadio de la enfermedad se encuentran asociados al desarrollo de sintomatología depresiva. Y es que tal como señala Holland (2002), los retos psicosociales y psiquiátricos varían de acuerdo al punto del continuo del cáncer en que se encuentre la paciente. La depresión y ansiedad serán las principales quejas ante la detección de sintomatología inicial y diagnóstico reciente, y la depresión o duelo podrán continuar en tanto se inicien las fases de tratamiento, postratamiento, recurrencia y en caso de sobrevenir, cuidados paliativos y terminales.

Consideramos relevante que los instrumentos seleccionados para la evaluación de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama sean breves, y permitan la evaluación válida y

confiable de depresión y ansiedad en muestras de pacientes oncológicos, al evitar la solapación frecuente de síntomas físicos de las entidades psiquiátricas y de la enfermedad física, o sus tratamientos (Zigmond y Snaith, 1983). En este sentido, entendemos que los hallazgos de los estudios revisados e incluidos en la presente revisión podrían ser de utilidad en tanto contribuyan a alertar a los clínicos respecto a las limitaciones de la evaluación de la depresión, aumentando la precisión en el diagnóstico para proveer de tratamientos adecuados.

Variables sociodemográficas como la edad, el estado civil, nivel de estudios alcanzado y situación laboral también constituyen elementos destacados en la literatura como asociados a la sintomatología depresiva, ansiosa y estrés y por ende, a considerar como factores de riesgo o de protección en las mujeres con cáncer de mama. Variables como una historia clínica de depresión o ansiedad, tipo de tratamiento adyuvante, tipo de cirugía recibida, y el dolor se encontraron también asociadas a frecuencia y severidad de sintomatología depresiva.

3.2.4. Intervenciones psicosociales en cáncer de mama

Nuestros hallazgos a partir de la presente Revisión Bibliográfica Sistemática sugieren que las evaluaciones e intervenciones en mujeres con cáncer de mama que apunten a mejorar la CVRS de estas, deberían identificar y apuntalar a aquellas en quienes la sintomatología asociada a un más pobre ajuste a la enfermedad y sus tratamientos sea más prevalente y/o intensa. Asimismo, consideramos importante identificar aquellas variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, de sintomatología física, y psicosociales, y la relación existente entre ellas en función de los objetivos que guíen el trabajo, y a fin de atender las necesidades de las pacientes de los diferentes subgrupos en relación a las mismas.

La evaluación específica del estadio de la enfermedad, y el momento del tratamiento en que se encuentre la paciente, así como de diversos factores contextuales reviste importancia en la medida en que ello condicionará las necesidades y preocupaciones de las pacientes a abordar. Entendemos que la evaluación e intervención psicosocial han de ser multidimensionales, así como que deben estar integradas con el servicio de atención médica de manera interdisciplinaria.

Las líneas de intervención psicosocial en cáncer de mama podrán por tanto incluir los siguientes elementos: acciones preventivas orientadas a la modificación de hábitos y conductas de riesgo, adopción de hábitos y conductas que faciliten la detección temprana de tumores y sean adecuadas para el mantenimiento de la salud; ofrecer información adecuada a las pacientes, en tiempo y orden oportunos; psicoprofilaxis pre-quirúrgica, y previa a hospitalizaciones y tratamientos con el objetivo de reducir el impacto que conlleven, así como el entrenamiento en respuestas adaptativas a dichas situaciones; Intervención psicosocial tras el diagnóstico de cáncer de mama a fin de reducir las reacciones emocionales desadaptativas, promoviendo un sentido de participación activa y control, y mejorando las estrategias de afrontamiento y la comunicación y expresión emocional de las mujeres con su entorno; intervenciones específicas asociadas al cáncer y sus tratamientos, como el control de reacciones condicionadas a la quimioterapia y/o radioterapia, dificultades y cambios en temas vinculados a la alimentación, manejo de los niveles de ansiedad y estrés, sintomatología depresiva, trastornos del sueño, fatiga, trastornos psicosexuales, abordaje del impacto de los cambios en el aspecto físico, procesos de dolor agudo o crónico vinculados a procedimientos médicos o a la enfermedad; intervenciones paliativas en fase terminal del cáncer en las pacientes y su entorno cercano.

La evaluación y tratamiento temprano de la sintomatología tienen el potencial de reducir costos y aumentar la productividad. Dos estudios recientes sobre el impacto económico de la sobrevida en cáncer de mama sugieren que el uso de los servicios de salud es frecuente e intenso durante el primer año tras el diagnóstico (Mandelblatt, Lawrence, Cullen, et al., 2006) y entre las sobrevivientes a largo plazo para quienes el uso frecuente de recursos médicos para seguimiento parece común (Hensley, Dowell, Herndon, et al., 2005). Los factores predictores de incrementos en los costos de los servicios durante el primer año incluían enfermedades comórbidas, el tipo de tratamiento para el cáncer recibido, nivel de sintomatología depresiva, y función física. Consideramos que la atención e intervención en cáncer de mama podría facilitar el retorno a las actividades habituales de las mujeres, incluyendo la actividad laboral. De todas formas es necesario continuar

investigando a fin de determinar si una mayor atención a la intervención en síntomas de la enfermedad y sus tratamientos podría reducir los costos y el uso innecesario de los sistemas de cuidado de la salud.

La labor de la psicología de la salud en general, y de la psicooncología en particular es amplia y diversa, y las fases del proceso que atraviesan las mujeres con cáncer de mama plantean objetivos de evaluación e intervención diferentes. El cuerpo de literatura científica sobre la implementación de programas de intervención psicosocial, ha sugerido en forma consistente que las intervenciones sistemáticas breves pueden obtener efectos beneficiosos a corto y largo plazo en la calidad de vida de las pacientes. Especialmente durante los tratamientos para el cáncer de mama, podría ser beneficiosa la identificación y movilización por parte de los profesionales de la salud, de las fuentes de apoyo social de la paciente, a fin de proveerle de apoyo instrumental, emocional e información, que han sido encontrados como necesarios durante esta etapa (Galván et al., 2009). De todos modos, existen carencias que impele superar a fin de conseguir progresos definitivos y concluyentes en esta dirección. Por un lado, partir de modelos teóricos que expliquen la interrelación de variables psicosociales en cáncer de mama. Por otro, la selección de instrumentos de evaluación válidos y fiables, útiles para guiar las intervenciones. Por último, la evaluación de resultados y eficacia, y validación de los programas de intervención en cáncer de mama.

3.3. Revisión crítica de los estudios revisados y Conclusiones

Una limitación fundamental de la literatura revisada es que los diseños de la mayoría de estudios fueron transversales; sin evidencia longitudinal, las relaciones causales entre factores psicológicos y resultados no pueden ser establecidas. Sin embargo, el entendimiento de aquellos factores psicológicos asociados con ajuste permite el conocimiento de cuestiones que podrían ser abordadas desde las intervenciones psicosociales, a fin de promover mejor ajuste. Aún si las relaciones entre variables son recíprocas, el cambio sufrido en una puede conllevar cambio en la otra. Potencialmente, el rol de cualquier variable psicológica podría perder significación si se toma en cuenta la severidad de la enfermedad, aunque ha sido interesante notar que en diversos estudios que controlaron

discapacidad y/o severidad objetiva los factores psicológicos probaron ser aún importantes. Otro problema a considerar es que varios de los estudios emplearon muestras reducidas de mujeres. Ello podría quitarles poder de detectar relaciones entre variables, o significar que los hallazgos positivos pueden no ser generalizables a poblaciones más amplias o diversas. Entre los estudios que informaron severidad de la enfermedad, la mayoría incluía participantes con cáncer de mama en estadíos tempranos. Muchos de ellos excluían mujeres con discapacidades cognitivas, comorbilidad de enfermedades físicas o psiquiátricas, y en períodos de recrudescimiento de la enfermedad. Esta composición muestral puede sesgar los resultados al incluir aquellas mujeres menos severamente enfermas y tal vez, mejor ajustadas.

El informe inadecuado de las características de las muestras dificulta la interpretación de los hallazgos o emitir juicios sobre su generalizabilidad. Algunos estudios no informaron características sociodemográficas clave. Más importante aún, es el hecho de que varios de ellos no informaron características clínicas importantes de las participantes como la severidad del cáncer, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, y proporción de mujeres que cursaban recidiva al momento del estudio. Entre los estudios que informaron estos importantes datos clínicos, pocos lo hicieron en base a datos verificados con el médico, utilizando información autoinformada por las mujeres. Otra de las debilidades halladas está relacionada a que la inmensa mayoría de estudios se basaron en medidas de autoinforme tanto para los factores psicosociales como para variables de resultado. Además, las investigaciones presentaron la tendencia a adaptar instrumentos estandarizados y validados, lo cual dificulta la comparación entre estudios.

La implementación de evaluaciones de variables psicosociales y de la CVRS en la práctica clínica y tratamiento de mujeres con cáncer de mama reviste importante potencial de beneficiar a las pacientes. A través de análisis y conocimiento de estas variables en las mujeres con cáncer de mama por parte del personal sanitario por medio de instrumentos fiables y válidos, el equipo interdisciplinario de asistencia contará con más y mejores herramientas para la toma de decisiones respecto de los tratamientos. Las ventajas de este tipo de evaluación son informadas y respaldadas por diversos estudios que comparan grupos de intervención y con-

trol. Dado que los instrumentos idóneos hacen posibles evaluaciones precisas del bienestar y status funcional de las mujeres, incluirlos en la práctica clínica las beneficiaría sustancialmente, proveyendo de información útil para su propio cuidado

3.4. Limitaciones de la literatura y sugerencias para investigaciones futuras

En las últimas décadas, la investigación en cáncer de mama y CVRS y diversas variables psicosociales asociadas al ajuste al diagnóstico, curso de la enfermedad y sus tratamientos ha ido *in crescendo* progresivamente. De todos modos, existen diversas limitaciones en la investigación en el área de la psicooncología en general, y en cáncer de mama en particular. El cuerpo de literatura científica existente cuenta con ciertas debilidades metodológicas, consistiendo mayoritariamente en estudios descriptivos de tipo transversal, si bien es frecuente el uso de instrumentos estandarizados que contribuyen a la generalizabilidad y potencial replicabilidad de los mismos. Una limitación adicional es que la literatura se basa predominantemente en mujeres caucásicas, siendo escasos los estudios que incluyen y consideran aspectos culturales. Entendemos que el papel del origen étnico, así como el trasfondo cultural de las mujeres amerita continuar investigando a fin de establecer su incidencia en el ajuste y CVRS en cáncer de mama. Una última limitación a mencionar es que una considerable proporción de estudios emplea muestreos no probabilísticos, por conveniencia, reclutando a las participantes en la amplia mayoría de casos en áreas de espera de centros de salud (sea para consulta médica o para tratamiento). Lo antedicho, inevitablemente conlleva la exclusión de aquellas pacientes que, pese a los beneficios significativos para la morbilidad y mortalidad que ello a menudo implica, no asistan a tales consultas de seguimiento o sesiones de tratamiento.

Consideramos importante que las investigaciones futuras tengan en cuenta estas y otras limitaciones, a fin de actualizar y optimizar la calidad metodológica y los resultados que ofrece la base científica actual en el tema.

Entendemos que la implementación de evaluación de variables psicosociales y de la CVRS no implica únicamente sumar la administración de instrumentos a demás tareas desempañadas por el equipo interdisciplinario que atiende a la

paciente con cáncer de mama. A fin de ofrecer respuestas a las necesidades de las pacientes, las variables psicosociales y CVRS deberán formar parte del proceso de cuidado y atención del bienestar informado por estas, redefiniendo y rediseñando el cuidado, implementando nuevas infraestructuras y tecnologías (Donaldson, 2004). Un sistema de evaluación idóneo, debe incluir aspectos clínicamente relevantes, ser sensible a los cambios, ser sensible a diferencias culturales, bajo en coste, incorporarse a los procedimientos operativos standard (Sederer, Dickey, y Eisen, 1997). Será relevante que los instrumentos empleados sean en la medida de lo posible breves, fáciles de interpretar, y no requieran entrenamiento o un sistema de puntuación intrincados (Deyo y Carter, 1992; Buxton, White, y Osoba, 1998).

Proveer al personal médico de interpretaciones y recomendaciones a partir del análisis de resultados en base a las evaluaciones (respecto a los recursos disponibles y la información dada por las pacientes) podría ser de ayuda en mayor medida que únicamente informar de puntuaciones de su status funcional (Deyo y Carter, 1992).

Entendemos que el estudio de los factores psicológicos investigados se beneficiaría de la exploración a través de investigaciones futuras bien diseñadas que cuiden las limitaciones y problemas metodológicos existentes en la literatura actual identificados en la presente revisión. Específicamente, es necesario implementar estudios longitudinales que establezcan si los factores psicosociales anteceden y predicen las variables de resultado a fin de discernir entre causas y efectos.

Sería ideal, conducir estudios sobre los procesos de ajuste con diseños prospectivos que evalúen muestras amplias de mujeres antes y después del diagnóstico de cáncer de mama y seguimiento varios años después. Desafortunadamente, en la práctica esto resulta extremadamente costoso y difícil. De todos modos, los estudios que comienzan investigando al momento en que las mujeres presentan síntomas, previo al diagnóstico podrían ser más factibles. Las investigaciones que exploran múltiples factores psicosociales podrían ser de utilidad a fin de determinar los predictores más poderosos. Los estudios que investigan las interacciones entre variables psicosociales (y las relaciones de éstas con la enfermedad,

variables sociodemográficas y otras relevantes) serían también valiosos a la hora de establecer los roles mediadores y moderadores, así como las influencias directas.

Un paso interesante sería la investigación respecto a si los factores psicosociales recogidos en esta revisión se encuentran relacionados con el recrudescimiento y progresión de la enfermedad, o por el contrario, con la remisión y sobrevida libre de la enfermedad, y los mecanismos a través de los cuales ello podría tener lugar.

3.5. Limitaciones de la Revisión

Se ha buscado, por medio del presente trabajo de revisión bibliográfica sistemática, contribuir al conocimiento y comprensión del tema seleccionado.

Entendemos que es relevante considerar diversas limitaciones de la presente revisión. Primeramente, dado el gran número de estudios disponibles en la temática de interés, únicamente se consideraron para inclusión los estudios publicados en revistas arbitradas. La localización de estudios no-publicados y búsquedas en "literatura gris" escaparon al alcance de la revisión. Asimismo, es posible que haya existido un sesgo en la selección de trabajos incluidos. Otro aspecto a considerar es el hecho de que fueron incluidos exclusivamente los trabajos publicados en idioma castellano o inglés.

Por otro lado, nuevamente debido al gran número de estudios en el tema, la revisión incluyó únicamente investigaciones cuantitativas, excluyendo los estudios cualitativos. La investigación cualitativa podría arrojar luz al estudio de los fenómenos y ofrecer explicación a hallazgos parciales y confusos.

Asimismo, la elección de preguntas de investigación que guió la presente revisión implicó que un amplio y diverso rango de estudios fuera incluido. Esta aproximación resultó de utilidad ya que a pesar de que la literatura ofrece revisiones generales de aspectos psicosociales del cáncer de mama, resulta más complicado hallar revisiones sistemáticas de diversos factores psicosociales vinculados a las variables de resultado. El enfoque seleccionado presentó asimismo limitaciones. Dado que los criterios de inclusión fueron amplios, los estudios han sido heterogéneos, y difícilmente conducentes a una síntesis general o consenso.

REFERENCIAS

- American Cancer Society. (26 de marzo, 2009). Recuperado 15 de junio, 2009, de http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Glosario_A-Z.asp
- American Cancer Society. (18 de setiembre, 2009). Recuperado 17 de diciembre, 2009, de http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_is_breast_cancer_5.asp?sitearea=
- Antoni, M. H. (2002). *Stress Management Intervention for Women with Breast Cancer*. Washington D.C.: American Psychological Association Press.
- Arraras, J. I., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E. y Domínguez, M. A. (2007). Progresos en la evaluación de la Calidad de Vida en el Cáncer de Mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*, 4(2-3), 367-384.
- Arraras, J.I., Martínez, M., Manterola, A. y Láinez, N. (2004). La evaluación de la Calidad de Vida del paciente oncológico. El grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.
- Arraras, J. I., Garrido, E., Pruja, E., Marcos, M., Tejedor, M. y Arias, F. (2000). El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (Versión 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con Cáncer de Mama. *Clínica y Salud*, 11(3), 329-349.
- Arraras, J. I., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E. y Domínguez, M. A. (2007). Progresos en la evaluación de la Calidad de Vida en el Cáncer de Mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*, 4(2-3), 367-384.
- Arraras, J.I., Martínez, M., Manterola, A. y Láinez, N. (2004). La evaluación de la Calidad de Vida del paciente oncológico. El grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.
- Bardwell, W.A., Major, J.M., Rock, C.L., Newman, V.A., Thomson, C.A., Chilton, J.A., et al. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 595-604.
- Berger, A. M., Lockhart, K., y Agrawal, S. (2009). Variability of patterns of fatigue and quality of life over time based on different breast cancer adjuvant chemotherapy regimens. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 563-570.
- Bishop, S. R., y Warr, D. (2003). Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3), 265-281.
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 743-753.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., y Banks, P., J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 147-160.
- Breast Health Global Initiative (2006). Normas internacionales para la salud de la mama y el control de cáncer de mama. *The Breast Journal*. Recuperado 23 de julio, 2009, de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-breast-cancer-guidelines.htm>
- Bourjolly, J. N., y Hirschman, K. B. (2001). Similarities in coping strategies but differences in sources of support among African American and White women coping with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(2), 17-38.
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 743-753.
- Breast Health Global Initiative (2006). Normas internacionales para la salud de la mama y el control de cáncer de mama. *The Breast Journal*. Recuperado 23 de julio, 2009, de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-breast-cancer-guidelines.htm>
- Broeckel, J.A., Jacobsen, P., Balducci, L., Horton, J. y Lyman, G. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 62, 141-150.
- Buki, L. P., Garcés, D. M., Hinesrosa, M. C., Kogan, L., Carrillo, I. Y., y French, B. (2008). Latina breast cancer survivors' lived experiences: Diagnosis, treatment, and beyond. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 163-167.
- Bulutienė, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V., y Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 57-62.
- Bulutienė, G., Veseliunas, J., y Ostapenko, V. (2007). Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *Public Health*, 7, 124.
- Bulutienė, G., Ostapenko, V., y Veseliunas, J. (2006). Psychological adaptation of breast cancer patients. *Acta Medica Litwana*, 13(2), 92-96.
- Bulutienė, G., Ostapenko, V., y Veseliunas, J. (2005). Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment. *Acta Medica Litwana*, 12(2), 79-83.
- Buxton, J., White, M., y Osoba, D. (1998). Patient's experiences using a computerized program with a touch-sensitive video monitor for the assessment of health related quality of life. *Quality of Life Research*, 7(6), 513-519.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., y Antoni, M. H. (2006). *Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes*. *Psycho-Oncology*, 15, 749-758.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Casso, D., Buist, D., y Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(25), 1-9.
- Cohen, M. (2002). Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 245-251.
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. (diciembre de 2008). Informe Anual 2008. Recuperado 17 de junio, 2009, de http://www.urucan.org.uy/ui/layer/informe_anual.htm
- Conde, D.M., Pinto-Neto, A.M., Cabello, C., Sá, D.S., Costa-Paiva, L. Y Martínez, E.Z. (2005). Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause*, 12(4), 436-43.

- Constanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., y Tewfik, F., et al. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625-1631.
- Culver, J. L., Arena, P. L., Wimberly, S. R., Antoni, M. H., y Carver, C. S. (2004). Coping among African-American, Hispanic, and non-Hispanic White women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology & Health*, 19(2), 157-166.
- Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H., y Carver, C. S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing African-Americans, Hispanics, and non-Hispanics whites. *Psycho-Oncology*, 11, 495-504.
- Curran, D., Van Dongen, J., Aaronson, N.K., Kiebert, G., Fentiman, I.S., Mignolet, F. et al. (1998). Quality of Life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast conserving procedures: results of the EORTC trial 10801. *European Journal of Cancer*, 34, 307-314.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., y Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 398-406.
- Deyo, R. A., y Carter, W. B. (1992). Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. A researcher-developer viewpoint. *Medical Care*, 30(5), 176-186.
- Díaz Mujica, D. (2007). Análisis bibliométrico de la revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 20 (1), 22-29.
- Donaldson, M. S. (2004). Taking stock of health-related quality-of-life measurement in oncology practice in the United States. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 33, 155-167.
- Dukes, K., y Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, J., y Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., y Hölzel, D. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42(7), 710-718.
- Fernández-Ríos, L., y Buéla-Casal, G. (2009). Standards for preparation and writing of psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329-344.
- Ferrero, J., Barreto, M. P., y Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 223-232.
- Freedman, R. A., He, Y., Winer, E. P., y Keating, N. L. (2009). Trends in racial and age disparities in definitive local therapy of early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(5), 713-719.
- Galván, N., Buki, L.P., y Garcés, D.M. (2009). Suddenly, a carriage appears: Social Support needs of Latina breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3), 361-382.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. y Belin, T.R. (2002). Quality of life in long-term disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Giedzinska, A. S., Meyerowitz, B. E., Ganz, P.A., y Rowland, J. H. (2004). Health-related quality of life in a multiethnic sample of breast cancer survivors. *Annals of behavioral medicine*, 28(1), 39-51.
- Gilbar, O., y Hevroni, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies, and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(4), 383-392.
- Gilbar, O. (2005). Breast cancer: how do Israeli women cope? A cross-sectional sample. *Families, Systems, & Health*, 23(2), 161-171.
- Giroto, J.A., Schreiber, J. y Nahabedian, M.Y. (2003). Breast reconstruction in the elderly: preserving excellent quality of life. *Annals of Plastic Surgery*, 50(6), 572-578.
- Golden-Kreutz, D. M., y Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, 13, 211-220.
- Goodwin, P. J., Black, J. T., Bordeleau, L. J., y Ganz, P.A. (2003). Health related quality of life measurement in randomized clinical trials in breast cancer-taking stock. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(4), 263-281.
- Graydon, J. E. (1994). Women with breast cancer: their quality of life following a course of radiation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 617-622.
- Hassey, K., y Laferty, P. (2000). Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 27(10), 1555-1564.
- Hensley, M. L., Dowell, J., Herndon, J. E., Winer, E., Stark, N., Weeks, J. C., et al. (2005). Economic outcomes of breast cancer survivorship: CALGB study 79804. *Breast Cancer Research and Treatment*, 9(2), 152-161.
- Hewit, M., Herdman, R., y Holland, J. (Eds.). (2004). *Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington D.C.: The National Academies Press.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dunser, M. et al. (2001). Quality of life in breast cancer patients - not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, K., Holahan C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*. 18 (1), 15-29.
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G. y Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UKSTART Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *The Breast*, 16(3), 241-251.
- Iwamitsu, I., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., y Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24.
- Janni, W., Rjosk, D., Dimpfl, T.H., Haertl, K., Strobl, B., Hepp, F. et al. (2001). Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 8(6), 542-8.
- Jansen, S. J., Stiggelbout, A. M., Nooij, M. A., Noordijk, E. M., y Kievit, J. (2000). Response shift in quality of life measurement in early-stage breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Quality of Life Research*, 9, 603-615.

- Janz, N. K., Mujahid, M., Chung, L. K., Lantz, P. M., Hawley, S. T., Morrow, M., et al. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of women's health*, 16(9), 1348-1361.
- Janz, N. K., Mujahid, M., Lantz, P. M., Fagerlin, A., Salem, B., Morrow, M., et al. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 14, 1467-1479.
- Jemal, A., Clegg, L. X., Ward, E., Ries, L. A., Wu, X., Jamison, P. M., et al. (2004). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. *Cancer*, 101(1), 3-27.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19(2), 139-155.
- King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., y Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9, 789-800.
- Knobf, M.T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.
- Kyung Lee, M., Ho Son, B., Yeon Hwang, S., Han, W., Yang, J., Lee, S., et al. (2007). Factors affecting health related quality of life in women with recurrent breast cancer in Korea. *Quality of Life Research*, 16, 559-569.
- Lantz, P.M., Mujahid, M., Schwartz, K., Janz, N. K., Fagerlin, A., Salem, B., et al. (2006). The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *American Journal of Public Health*, 96(12), 2173-2178.
- Li, J., y Lambert, V. A. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 199-204.
- Lu, Z. (2005). Investigation on post-mastectomy psychological stress of patients with breast cancer and their coping strategies. *Shanghai Nursing Journal*, 5, 7-9.
- Mandelblatt, J., Lawrence, W. F., Cullen, J., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Kwan, L., et al. (2006). Patterns of care in early-stage breast cancer survivors in the first year after cessation of active treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 24(1), 77-84.
- Manos, D., Sebastián, J., Mateos, N., y Bueno, M.J. (2009). Results of a multi-componential psychosocial intervention programme for women with early stage breast cancer in Spain: quality of life and mental adjustment. *European Journal of Cancer Care*, 18, 295-305.
- M.D. Anderson Cancer Center (29 de enero, 2008). *Breast Cancer Treatment by Stage*. Recuperado 31 de marzo, 2009, de: <http://www2.mdanderson.org/app/pe/index.cfm?pageName=opendoc&docid=50>
- Marques, D., Mendes, A., Cabello, C., Santos-Sá, D., Costa-Paiva, L., y Zangiacomì, E. (2005). Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. *The Breast Journal*, 11(6), 425-432.
- McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Brantetter, A., y Forreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236.
- M.D. Anderson Cancer Center (29 de enero, 2008). *Breast Cancer Treatment by Stage*. Recuperado 31 de marzo, 2009, de: <http://www2.mdanderson.org/app/pe/index.cfm?pageName=opendoc&docid=50>
- Meyerowitz, B., Sparks, f. y Spears, I. (1978). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychosocial implications. *Cancer*, 43(5), 1613-1618.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., et al. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157.
- Morris, T., Pettingale, K., y Haybittle, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 1, 105-114.
- National Cancer Institute. (22 de febrero, 2009). *Cancer Basics*. Recuperado 27 de marzo, 2009, de: <http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer>
- National Cancer Institute. (28 de abril, 2008). *Lo que usted necesita saber sobre el Cáncer de Seno*. Recuperado 18 de julio, 2009, de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno/page9>
- National Cancer Institute. (17 de mayo, 2002). *Terapia adyuvante para el cáncer de seno: preguntas y respuestas*. Recuperado 02 de julio, 2009, de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/hojas-informativas/seno-terapia-adyuvante-respuestas>
- Neipp, M. C., López-Roig, S., Terol, M. C., y Pastor Mira, M. A. (2008). Coping and adaptation in breast cancer patients at the follow-up stage. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 115-126.
- Osowiecki, D. M., y Compas, B. E. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Payne, D. K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M., y Massie, M. J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. *Psychosomatics*, 40(1), 64-69.
- Perry, S., Kowalski, T. L., y Chang, C. H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(24), 1-14.
- Pritchard, A. (1969). Stistical bibliography or Bibliometrics. *Journal of Documentation*, 25 (4), 348-369.
- Radice, D. y Redaelli, A. (2003). Breast Cancer Management. *Pharmacoeconomics*, 21(6), 383-396.
- Reddick, B. K., Nanda, J. P., Campbell, L., Ryman, D. G., y Gaston-Johansson, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 137-157.
- Remor, E., Ulla, S. y Arranz, P. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Rietman, J. S., Dijkstra, P. U., Debreczeni, R., Geertzen, J. H., Robinson, D. P., y deVries, J. (2004). Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disability and Rehabilitation*, 26(2), 78-84.
- Ritterband, L. M., y Spielberger, C. D. (2001). Depression in a cancer patient population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(2), 85-93.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. M., y 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.

- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., y Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 97-109.
- Safaei, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, H.R., y Pourhoseingholi, M.A. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107-111.
- Sammarco, A., y Konecny, L. M. (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 844-849.
- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach, L.L., y Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 69-77.
- Schou, I., Ekeberg, O., y Ruland, C. M., (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718-727.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermstad, M. J., y Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14, 1813-1823.
- Schreier, A. M., y Williams, S. A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 127-130.
- Sederer, L. I., Dickey, B., y Eisen, S. V. (1997). Assessing outcomes in clinical practice. *Psychiatric Quarterly*, 68(4), 311-325.
- Shapiro, S., López, A., Schwartz, G., Bootzin, R., Figueredo, A., Braden, C. et al. (2001). Quality of life and Breast Cancer: Relationship to Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501-519.
- Simpson, J., Carlson, L., y Trew, M. (2001). Effects of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9, 19-26.
- So, W. K., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F.Y., Lo, J. C., Yeung, M., et al. (en prensa). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., y Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., y Kirk, S. B., et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stanton, A. L., y Snider, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Suárez, G. L., y Rueda, A. N. (2007). Prevalencia e trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. *MedUNAB*, 10(1), 24-27.
- The Cleveland Clinic Taussig Cancer Center. (31 de enero, 2005). Breast Cancer: Breast Cancer in Men. Recuperado 07 de agosto, 2009, de: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=42160>.
- Thomas, S. F., y Marks, D. F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4, 231-237.
- Tomich, P. L., y Helgeson, V. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11, 154-169.
- Trentham-Dietz A., Sprague B.L., Klein R., Klein B.E., Cruickshanks K.J., Fryback D.G. et al. (2008). Health-related quality of life before and after a breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 109(2), 379-87.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., y Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.
- Vacek, P. M., Winstead-Fry, P., Secker-Walker, R. H., Hooper, G. J., y Plante, D. A. (2003). Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 12, 527-537.
- Valle, R., Zúñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R., et al. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de Facultad de Medicina*, 67(004), 327-332.
- Vázquez, T., Krygier, G., Barrios, E., Cataldi, S., Vázquez, A., Alonso, R., et al. (2005). Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses. *Revista Médica del Uruguay*, 21, 107-121.
- Velikova, G., Wright, E. P., Smith, A. B., Cull, A., Gould, A., Forman, D., et al. (1999). Automated collection of quality of life data: a comparison of paper and computer touchscreen questionnaires. *Journal of Clinical Oncology*, 17(3), 998-1007.
- Victorson, D. Cella, D. Wagner, L. Kramer, L. y Smith, M. L. (2007). *Measuring Quality of Life in Cancer Survivors*. En M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 79-112). New York: Springer.
- Wapnir, I. L., Cody, R. P., y Greco, R. S. (1999). Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 6(4), 359-366.
- Ward, E., Halpern, M., Schrag, N., Cokkinides, V., DeSantis, C., Bandi, P., et al. (2008). Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. *A Cancer Journal of Clinicians*, 58(1), 9-31.
- Wong-Kim, E. C., y Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573.
- Yen, J., Ko, C., Yen, C., Yang, C., Wu, C., y Juan, C., et al. (2007). Quality of life, depression, and stress in breast cancer women outpatients receiving active therapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 147-153.
- Zanapalioglu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., y Tarcan, E. (2009). Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 5(3), 152-156.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psiquiátrica scandinávica*, 67(6), 361-370.

APÉNDICE A
Tabla 1. Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cáncer de Mama.

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
So et al. (2009) (China)	215	51.65	Mujeres con CM que asistían a recibir Trat externo en clínicas oncológicas de 4 hospitales públicos, reclutadas en la sala de espera. IR: 75%. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (77%). An Es: estudios secundarios (50%). Sit Lab: inactiva (77%). Nivel de ingresos anuales: 10.000 a 30.000 dólares HKG (47%). Circunferencia y dos por ciento de Pts manifestaron ser religiosa. Est Enf: I (15%); II (52%); III (32%); IV (1%). Tiempo M transcurrido desde el diagnóstico: 5-53 meses. Trat Ady: Omt (60%); Rdt (40%).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	BFI-C, HADS, BPI-C, FACT-B, MOS-SSS-C.	La mayoría de Pts presentaron sintomatología de fatiga y dolor, en niveles leves a moderados. Es posible que cierta proporción de Pts presentaran trastornos de ansiedad y depresión (21% y 36%, respectivamente). Se observaron correlaciones significativas entre la sintomatología de fatiga, dolor, ansiedad y depresión. Las Pts que habían experimentado mayores niveles de fatiga, dolor, ansiedad y depresión, inadecuado apoyo social, y estaban recibiendo Omt, eran más propensas a tener una calidad de vida empobrecida que aquellas con menor sintomatología, adecuado apoyo social y cursando Trat Ady de Rdt. Las Pts con menor nivel de ingresos y que habían recibido Mst eran proclives a presentar una calidad de vida más pobre si tenían un apoyo social inadecuado y elevados niveles de depresión.
Zanapalioğlu, Alahan, Gür, Çökmez, y Tarcan (2009) (Grecia)	64	50	Mujeres con CM con al menos 12 meses desde el diagnóstico, libres de recurrencia que recibían asistencia en un hospital. IR: no reportado. Edad: menores de 50 (6.6% del grupo Mst y 45.76% del grupo Lpt); mayores de 50 (93.33% del grupo Mst y 54.23% del grupo Lpt). Crg: Mst (n=15); Lpt (n=59). Trat Ady: Todas las Pts recibieron Rdt Ady en el departamento de radiación del mismo hospital: Omt (n=67); Tmx (n=47).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	EORTC QLO-C30, EORTC QLO-BR23	El sentido de bienestar, status funcional, el control de síntomas se presentaron significativamente mejor en las mujeres que habían recibido Lpt que en las Pts mastectomizadas. Las Pts con Lpt presentaron menores niveles de tensión, ansiedad, ira y depresión que aquellas con Mst, quienes a su vez, presentaron mayor dificultad para concentrarse y enfocar su atención en diversas actividades. La función de rol se vio mayormente afectada en las pacientes con Mst, quienes a su vez, fueron más proclives a aceptar su Enf como una minusvalía frente a actividades familiares y sociales, denotando el mayor efecto del status físico o Trat en dichas actividades. Las diferencias entre los grupos Lpt y Mst fueron significativas en las puntuaciones en lo relativo al dolor, siendo más desfavorable la situación del grupo Mst. La mayoría de las mujeres con Mst y menos de la mitad de las mujeres con Lpt se reportaron descontentas con su imagen corporal. Todas las Pts con Mst reportaron preocupación respecto al futuro, y menos de la mitad del grupo Lpt manifestó semejante aspecto. La mayoría de las mujeres con Mst tenían problemas con su brazo, mientras que menos de la mitad del grupo Lpt los tenía.
Safaei, Moghimi-Dehkordi, Zeighami, Tabatabaee, y Pourtooseingholi (2008) (Irán)	119	48.27	Mujeres con CM que recibían Omt en un hospital, reclutadas inicialmente por carta. IR: 80%. Es Ci: casadas (73.9%). An Es: sin estudios o primaria (57.1%). Sit Lab: ama de cada o retirada (82.4%). Cuarenta por ciento de las mujeres había sido diagnosticada 4 meses o menos antes del estudio. La mayoría de las Pts no presentaba metástasis (78.2%).	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	QLO-C30	Los mejores resultados en términos de aspectos funcionales de las Pts se presentaron en las subescalas de función social y cognitiva, en función emocional se reportaron las puntuaciones más pobres. Las mujeres con Sit Lab activa reportaron mejor CVRS, mientras que aquellas diagnosticadas más recientemente presentaron una peor CVRS. Todas las subescalas que evalúan sintomatología estuvieron inversamente asociadas con calidad de vida excepto pérdida de apetito y diarrea. Asimismo, la calidad de vida de las Pts se vio afectada por las dificultades financieras. Únicamente el grado del tumor, Sit Lab, status-menopausa, dificultades financieras y disnea fueron predictores estadísticamente significativos de la calidad de vida de las Pts.
Samarco y Konecny (2008) (Estados Unidos)	89	57.35	Mujeres latinas con CM que recibían asistencia en hospitales privados y la American Cancer Society de diferentes ciudades de dos estados contiguos, reclutadas en reuniones por conveniencia tras al menos un año de haber concluido los Trat para el CM. IR: no reportado. Tiempo M transcurrido desde la finalización de los Trat: 4.99 años. El tiempo M desde la Crg fue de 47 días al momento del estudio. Es Ci: casadas (49%). An Es: 42% había cursado estudios secundarios. Sit Lab: inactiva (30%). Nivel de ingresos anuales: menos de 20.000 dólares americanos (42%). Noventa y un por ciento de las Pts habían recibido Crg y Trat Ady para el CM.	Estudio ex post facto, descriptivo de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme al menos un año después de haber concluido los Trat Ady.	SSO, MUIS-C, QLI-CV	Se observó una correlación positiva y significativa del apoyo social percibido con calidad de vida total, así como con las subescalas de calidad de vida. Se observó una correlación negativa y significativa de la incertidumbre percibida en torno a la Enf con calidad de vida total, así como con las subescalas de calidad de vida. Un mayor apoyo social percibido predijo mejor calidad de vida total, mientras que menores niveles de incertidumbre también predijeron mejor calidad de vida. El Es Ci predijo la calidad de vida, reportando las mujeres solteras puntuaciones M más bajas que las casadas, así como mayores niveles de incertidumbre. El apoyo social percibido por las mujeres casadas fue significativamente mayor que el informado por las solteras y las viudas, mientras que éstas últimas obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que las mujeres divorciadas. Las mujeres con estudios primarios reportaron niveles de incertidumbre significativamente más elevados que quienes habían cursado estudios secundarios. El apoyo social percibido fue significativamente menor en las Pts con Enf psiquiátricas que en aquellas sin patologías de tal índole. La calidad de vida de las Pts con patologías psiquiátricas fue significativamente más pobre que la de aquellas sin antecedentes psiquiátricos.

<p>Buoliénė, Vėseliunė, y Osėtapenko (2007) (Lituania)</p>	<p>67</p>	<p>53.1</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en el departamento de Cirugía y oncología mamaria de un hospital universitario. IR: 66%. Es C: casadas (n=43). An Es M: 51% había cursado estudios universitarios. Sil Lab: activa (66%). Crg: Mst (n=30) entre las cuales 16 habían recibido Omt: Lpt (n=7) entre las cuales 26 había recibido Omt.</p>	<p>Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme una semana y 9 meses post Crg.</p>	<p>FACT-G, FACT-An</p>	<p>Nueve meses tras la Crg la calidad de vida general y los niveles de fatiga empeoraron tanto para el grupo Mst como para el Lpt. El bienestar social descendió en las mujeres mastectomizadas, así como descendió, además del bienestar emocional en el grupo Lpt. La calidad de vida se vio afectada en mayor medida en las mujeres con Mst y Omt, mientras que en el grupo Mst son Omt, las puntuaciones se mantuvieron estables respecto a los informados tras una semana desde la Crg. En el grupo Lpt con Omt se observó un descenso en las puntuaciones en bienestar social, emocional, calidad de vida general, así como mayores niveles de fatiga. En el grupo Lpt sin Omt, únicamente las puntuaciones en bienestar social descendieron a través del tiempo. En el grupo de mujeres casadas, se observó un empeoramiento en las áreas de bienestar social, fatiga, calidad de vida general a través del tiempo. Las mujeres que no estaban casadas, únicamente reportaron descenso en las puntuaciones de bienestar social y emocional de una administración a la siguiente, 9 meses después.</p>
<p>Constanzo et al. (2007) (Inglaterra)</p>	<p>89</p>	<p>55</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en 5 clínicas oncológicas, reclutadas durante periodos de espera para Trat. IR: 78.8%. Or Et: caucásicas (93.2%). Es C: casadas o viviendo en pareja (73.8%). An Es: secundario o menos. El nivel de ingresos anuales para 34.2% de las Pts era de al menos 70,000 dólares americanos al año. Crg (no excluyentes): Mst (27.3%), Lpt (79.5%). Todas las mujeres habían recibido Omt o Rdt al momento del estudio, 58% había recibido ambos tipos de Trat. Ady. Trat Ady: Rdt (86.4%); Omt (71.6%); Tmx (77%). Veintiseis por ciento había sido diagnosticada anteriormente de depresión, al 19% se le había diagnosticado algún trastorno de ansiedad. Al momento del estudio, 28% estaba siendo tratada con medicación antidepresiva.</p>	<p>Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme durante el Trat Ady, 3 semanas tras haber concluido el Trat Ady, y 3 meses después.</p>	<p>CES-D, PRIME-MD, PHQ, IES, CARS, MSAS, SF-36 v2</p>	<p>No se observaron niveles altos de distrés en ninguna de las administraciones. Las puntuaciones M informadas en CES-D estuvieron por debajo del punto de corte, y consistentes con los de la población general, a pesar de que hubo Pts que excedieron el punto de corte clínicamente significativo en las tres tomas de medidas. A partir de lo informado en PRIME-MD se observó que, de M, las pacientes presentaban síntomas de ansiedad rara u ocasionalmente. El distrés asociado al cáncer predominó en mayor medida en la muestra, observándose que muchas de las Pts obtuvieron puntuaciones que indican estrés, así como temor a la recurrencia moderado en las tres administraciones. La CVRS M reportada fue comparable a la población general. La intrusión fue la única variable de distrés que cambió significativamente, habiendo descendido 3 meses post Trat respecto a la línea base. Hubo cambios significativos en función física, rol físico, y vitalidad, siendo mejor la CVRS al transcurrir el tiempo. Tras el Trat, los efectos secundarios o problemas físicos y el temor a la recurrencia fueron las mayores fuentes de estrés, con niveles M moderados. Menor edad predijo mayor distrés en todas las medidas. El nivel educativo también predijo en forma significativa depresión, intrusión, y temor a la recurrencia. Las mujeres que habían completado algo más que los estudios secundarios reportaron niveles mayores de distrés que quienes no habían alcanzado ese nivel de estudios, y que aquellas que habían completado estudios terciarios y de doctorado. Las mujeres con historia de ansiedad reportaron un descenso en su sintomatología depresiva entre el periodo de Trat y 3 semanas después, incrementando nuevamente tras 3 meses. Las mujeres sin historia de ansiedad reportaron niveles sucesivamente descendientes de sintomatología depresiva. Las mujeres que habían recibido Omt presentaron mayores niveles de ansiedad que quienes únicamente habían recibido Rdt. Las Pts con Mst reportaron mayor temor a la recurrencia que quienes habían recibido únicamente Lpt. La edad, nivel educativo, e historia de depresión fueron predictores significativos de sintomatología depresiva. Únicamente la edad y nivel educativo fueron predictores significativos de temor a la recurrencia.</p>
<p>Janz et al. (2007) (Estados Unidos)</p>	<p>1372</p>	<p>60.5</p>	<p>Mujeres con CM en Est Enf tempranos, reclutadas a partir de registros locales y contactadas inicialmente por carta. IR: 74.3%. El tiempo M transcurrido desde la Crg al momento del estudio fue de 7.2 meses. Es C: casadas o viviendo en pareja (60.1%). Or Et: caucásicas (70.4%). An Es: estudios terciarios cursados al menos en parte o estudios de posgrado (n=855). Cuarenta y un por ciento de las mujeres reportó un nivel de ingresos anual de al menos 50,000 dólares americanos. Casi 40% de las mujeres no presentaba comorbilidad al momento del estudio, el resto de las Pts padecían una o dos Enf adicionales al CM. Cincuenta y cuatro Pts reportaron que su salud era muy buena o excelente al momento del diagnóstico. Est Enf: 0 (25.7%); I (48%); II (26.3%). Crg: Mst (29.9%); Lpt (70.1). Trat Ady: Omt (27.3%) Rdt (73.8%); Tmx (55.9%).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-Br23</p>	<p>Entre los síntomas reportados, se observaron en mayor medida la fatiga y trastornos del sueño, siendo el puntaje M más bajo observado en función sexual, disfrute sexual, y perspectivas futuras. Cansancio fue informado por la mayor proporción de mujeres, seguido de necesidad de descanso, hot flashes, trastornos del sueño, y dolor en la zona mamaria. Más de la mitad de las Pts reportaron al menos un síntoma de las siguientes escalas: efectos secundarios de la Omt, fatiga, síntomas de la mama, síntomas del brazo, y dolor. Menor edad predijo mayores niveles de fatiga, dolor y síntomas en la mama. Las mujeres que reportaron que su salud era buena o muy buena/excelente al momento del diagnóstico de CM, se encontraban mejor en lo relativo a la sintomatología respecto a fatiga, trastornos del sueño y dolor. Las mujeres con estadios más avanzados de la Enf, reportaron menor interrupción del sueño, mientras que quienes habían recibido Omt reportaron mayor dificultad para dormir. En general, mayores puntuaciones en sintomatología, estuvieron asociadas a menor CVRS. Fatiga fue el síntoma que mayor impacto tuvo en la CVRS, con diferencias clínicamente significativas para 7 dimensiones de calidad de vida.</p>

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Yen, Ko, Yen, Wu, Juan, y Hou (2007) (Taiwan)	73 mujeres con CM, 24 mujeres con tumores benignos	N o reportada	Mujeres con CM que recibían asistencia en consulta externa en un hospital universitario, reclutadas en sala de espera para Trat. Todas las PIs con CM habían recibido al menos una Crg, sesión de Omt, Rdt y Tmx. IR: no reportado. Cincuenta y cinco de las PIs tenían 40 años o más. Es Ci: casadas (79,5%). An Es M: 12 años o menos (85,5%). Sil Lab: activa (75,9%). Depresión: no (68,9%). Mujeres con tumores benignos, de las cuales el 70% había recibido procedimientos diagnósticos quirúrgicos. IR: no reportado. Ocho de las participantes tenían 40 años o más. Es Ci: casadas: (n=15). An Es M: más de 12 años (n=15). Sil Lab: activa (n=14). Depresión: no (n=19).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme	W H O Q O L - BREF, CES-D, PSCP	La CVRS física, así como mental del grupo de CM era significativamente más pobre que la del grupo con tumores benignos. El nivel de estrés asociado a la salud, familia, y las relaciones interpersonales, así como el nivel de estrés total, fue significativamente mayor en el grupo de CM. Las mujeres con depresión, tenían una peor CVRS en las dimensiones física, social, psicológica, y ambiental. Las PIs más jóvenes presentaron una calidad de vida física significativamente peor. Las mujeres con CM metastásico, presentaron una CVRS psicológica significativamente más pobre. Para el grupo con tumores benignos, aquellas mujeres con depresión tuvieron una CVRS física y psicológica significativamente peor. El nivel de estrés total, el vinculado a o laboral, la familia y a lo económico estuvieron asociados con calidad de vida física, psicológica y ambiental. El estrés asociado a los problemas de salud fue el único predictor significativo de las 4 dimensiones de CVRS. El estrés económico predijo significativamente la calidad de vida ambiental. Para el grupo con tumores benignos, el estrés asociado a conflicto intrapsíquico correlacionó significativamente con la calidad de vida física, psicológica y ambiental. El estrés familiar y el interpersonal fueron los predictores más significativos de calidad de vida social y ambiental, respectivamente.
Carver, Smith, Peironts, y Antoni (2006) (Estados Unidos)	163	54.18	Mujeres con CM en Est tempranos que habían completado datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales en el año post-diagnóstico, completaron una medida de calidad de vida 5-13 años después. Años M transcurridos desde la Crg: 7.4. IR: no reportado. Edad M al momento del diagnóstico: 54.18. Or Et: caucásicas (70%). Es Ci al momento del diagnóstico: casadas o viviendo en pareja (72%). An Es M al momento del diagnóstico: 14.18. Sil Lab al momento del diagnóstico: activa (53%), Est Enf: 0 (3%), I (62%), III (35%). Crg: Mst (47%), Lpt (53%), Mst con reconstrucción (25%), Trat Adj: Rdt (50%), Omt (31%), Tmx (56%). Nuevo diagnóstico de cáncer o recurrencia (13%).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	QLACS	Mayor nivel educativo durante el Trat predijo menores niveles de fatiga, problemas financieros, y distrés respecto al futuro familiar en el estudio de seguimiento; aunque también más dolor y menor hallazgo de beneficios a partir de la experiencia de haber tenido cáncer. El hecho de haber estado en pareja al momento del Trat predijo menor disrupción emocional, menor fatiga, menor evitación social y menor distrés respecto de la recurrencia y el futuro de la familia en el estudio de seguimiento. Las mujeres mayores al momento del Trat reportaron menores niveles de dolor, menor preocupación respecto de su apariencia, y problemas financieros que las mujeres más jóvenes. Las mujeres hispanas reportaron en mayor medida: sentimientos negativos, evitación social, distrés sobre el futuro de la familia y sobre la posible recurrencia. A mayor tiempo transcurrido desde el Trat, menores niveles de sentimientos negativos, evitación social y problemas financieros. Un Est Enf más avanzado al momento del diagnóstico, haber recibido Omt, y haber recibido Tmx (inversamente), fueron variables predictoras de problemas financieros. Haber recibido una Crg radical, haber recibido Omt, y RESt Enf más avanzados al momento del diagnóstico predijeron mayor preocupación por la apariencia. El optimismo inicial se relacionó significativamente con la calidad de vida de las supervivientes a largo plazo. Las variables médicas predijeron en mayor medida que las psicológicas tanto los problemas financieros, como la preocupación por la apariencia, mientras que las variables psicológicas predijeron en mayor medida las emociones, preocupaciones respecto al futuro de la familia y la recurrencia, disrupción sexual y social, y el hallazgo de beneficios a partir de haber tenido cáncer. Excepto por los problemas financieros, la predicción fue habitualmente compartida por variables psicosociales y demográficas o médicas. El predictor más consistente fue el optimismo.
Valle et al. (2006) (Perú)	24	N o reportada	Mujeres con CM que recibían asistencia en el servicio de oncología de un hospital, reclutadas durante períodos de espera para recibir Trat Ady de Omt. IR: no reportado. An Es: 54,2% había cursado estudios secundarios. Tiempo M transcurrido desde el diagnóstico: 12 meses. Más de la mitad de la muestra estaba constituida por PIs postmenopáusicas.	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme	BDI, Escala de Mezzlich y Cohen	Treinta y ocho por ciento de la muestra presentó sintomatología depresiva en algún grado; igual proporción de las PIs reportó un nivel bajo de CVRS. El nivel de instrucción estuvo significativamente asociado a la CVRS reportada. La edad predijo la CVRS.

<p>Bultienė, Ostapenko, y Vesellunas (2005) (Lituania)</p>	<p>62</p>	<p>No reportada</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en un departamento de Cirugía y oncología mamaria, reclutadas previo a recibir Cirugía para solicitarles participación posterior. IR: no reportado. Edad: menores de 50 (47%); mayores de 50 (53%). Es Ci: casadas (47%). Sit Lab: activa (70%). Crg: Mst (n=24); Lpt (n=38).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme 5-6 días post-Crg.</p>	<p>EORTC QLO-C30, EORTC Q L O - B r 2 3 , FACT, FACT An</p>	<p>Se observaron mejores resultados en calidad de vida EORTC QLO-C30 en las mujeres con Lpt menores de 50 que en las mujeres menores de 50 mastectomizadas en función de rol. Por el contrario, en esta franja de edad, las mujeres con Mst presentaron mejores puntuaciones en bienestar físico y funcional en los datos obtenidos del FACT-An. Las mujeres laboralmente activas presentaron mayor bienestar físico y funcional tras las Mst que tras la Lpt de acuerdo al FACT-An tras la Mst que tras la Lpt; este mayor bienestar se observó en el mismo grupo en función física en EORTC QLO-C30 en forma casi significativa. Entre las mujeres solteras, el bienestar físico fue mayor tras la Mst que tras la Lpt. De acuerdo a las puntuaciones en EORTC QLO-Br23, los efectos secundarios negativos de la Omt fueron más leves entre las mujeres solteras con Mst que entre las mujeres solteras con Lpt; casi alcanzando la significación.</p>
<p>Janz et al. (2005) (Estados Unidos)</p>	<p>1357</p>	<p>60.0</p>	<p>Mujeres con CM en Est tempranos que recibían asistencia en clínicas oncológicas de dos ciudades, reclutadas inicialmente carta a partir de registros médicos, y luego llamando por teléfono a quienes responderían interesadas en participar. IR: 74.3%. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (59%). An Es: estudios universitarios incompletos (38%). Sit Lab: inactiva (52%). Nivel de ingresos anuales: más de 50.000 dólares americanos (41%). Or Et: caucásicas (68%); afroamericanas (19%); otros (13%), de las cuales 80% hispanas). Más de la mitad de las mujeres reportaron un estado de salud muy bueno o excelente al momento del diagnóstico. Crg: Mst (18%); Lpt (68%); Crg reconstructiva tras Mst (13%). Est Enf: 0 (44%); I (47%); II (27%). Trat Ady: Omt (21%); Rdt (57%); Tmx (52%).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>EORTC-C30, EORTC-Br23</p>	<p>No se observaron diferencias clínicamente significativas en ninguno de las puntuaciones de CVRS en función del Es Enf. Las mujeres con Lpt reportaron puntuaciones en imagen corporal significativamente mayores que quienes habían recibido Mst con reconstrucción, que a su vez, presentaron las puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de CVRS excepto en función sexual y disfrute de la sexualidad. Quienes habían recibido Omt, obtuvieron puntuaciones significativamente más pobres en bienestar social, fatiga, imagen corporal y perspectiva respecto al futuro. Se observaron diferencias significativas en función de la edad para todas las dimensiones de CVRS excepto función sexual y disfrute de la sexualidad a favor de las mujeres mayores de 70 años; mientras que las menores de 70 años reportaron mejor función sexual y disfrute de la sexualidad. Las mujeres viudas, divorciadas o que nunca habían estado casadas reportaron puntuaciones más bajas en disfrute de la sexualidad. Se observó una mejor función de rol y función social conforme el nivel educativo era mayor en las mujeres que habían recibido Omt. Las mujeres con Mst (con o sin reconstrucción) y Omt reportaron mejor función social que quienes habían recibido Lpt y Omt. Un patrón opuesto fue el observado en imagen corporal, habiendo obtenido puntuaciones más pobres las mujeres con Mst y Omt que las del grupo tratado con Lpt y Omt.</p>
<p>Marques et al. (2005) (Brasil)</p>	<p>75</p>	<p>53.1</p>	<p>Mujeres con CM que habían recibido sus Trat Ady completos, no siendo receptoras de Tmx en los 6 meses previos al estudio, reclutadas en un hospital universitario. IR: 96.15%. Tiempo M transcurrido desde el diagnóstico: 66 meses. Status hormonal: postmenopáusicas (81%). Or Et: caucásicas (73%). Es Ci: casadas (70%). An Es: M: 14. Sit Lab de las Pts: activa (43%). Crg: Mst (56%); Trat Ady: Rdt (69%); Omt (75%).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>SF-36</p>	<p>Las puntuaciones que indicaban una mejor calidad de vida se observaron en el componente físico y subescala de función social; dolor corporal y vitalidad fueron informados en menor medida. Se observó que las puntuaciones M en componente físico fueron significativamente más pobres para las mujeres cuyo índice de masa corporal era igual o mayor a 35, así como para aquellas que habían dado a luz a uno o dos hijos. Por otro lado, las puntuaciones M en componente mental de las Pts casadas o separadas eran significativamente más bajas que los de aquellas solteras. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico entre 12 y 36 meses se encontró asociado con menores puntuaciones en componente mental. El nerviosismo y los hot flashes fueron los síntomas más prevalentes, ocurriendo al 69% y 56% de las Pts respectivamente. Cincuenta y dos por ciento de la muestra reportó actividad sexual; entre ellas, 31% reportó dispareunia. Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones M de componente mental en las Pts que reportaban papilomas, mareos, nerviosismo, depresión, e insomnio, encontrándose estos descendidos. Asimismo se halló diferencia significativa en componente físico entre aquellas mujeres que reportaban mareos y aquellas que no lo hacían. El status postmenopáusico, Lpt, y mareos se encontraban negativamente asociados con el componente físico; haber recibido Rdt estuvo asociado positivamente al componente físico. El insomnio y estar casada se asociaron negativamente al componente mental de la calidad de vida.</p>

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermstad, y Ruland (2005) (Noruega)	161 mujeres con CM.	56	Mujeres con CM que recibían asistencia en una clínica oncológica, reclutadas durante el periodo de entrevistas iniciales de información diagnóstica. IR: 80%. Or: Et: caucásicas (n=64). Es C: casadas o viviendo en pareja (62%). Ocena y cinco por ciento tenía hijos. An Es M: 12 al menos 12 años (42%). Sit Lab: activa (51%). Crg: Mst (41%). Lpt (59%). Est Enf: I (27%), II (55%), III (18%). Trat Ady: Omt (38%), Rdt (43%); únicamente Crg (19%). Mujeres de población general, reclutadas a partir de datos empleados en un estudio previo de población general. IR: 69%.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme al momento del diagnóstico, 3, y 12 meses post Crg. Estudio comparativo con una muestra de mujeres saludables.	EORTC QLQ-C30, CAWAC, LOT-R (40)	En la primera administración, las Pts experimentaron niveles significativamente mayores de ansiedad, depresión, preocupación, irritación, y más dificultad para concentrarse o recordar que el grupo control. Además, percibían que su condición física interfería con su vida social y familiar. Reportaron también insomnio en significativa mayor medida, así como pérdida de apetito y diarrea que las mujeres del grupo control. Tres meses tras la Crg, a pesar de que las Pts reportaron mejoras significativas en función emocional, experimentaban aún mayores dificultades en el área que el grupo control. La función social y cognitiva no presentó mejoras significativas y las puntuaciones de Pts estuvieron empobrecidas respecto a los reportados por el grupo control. Las Pts también presentaron dificultades en la realización de su trabajo, actividades diarias o de ocio y entretenimiento. Reportaron insomnio en mayor medida, pérdida de apetito, y diarrea en comparación al grupo control. Además, experimentaron mayor fatiga que al momento del diagnóstico, aunque no en mayor medida que el grupo control. Tras un año desde la Crg, la salud general y función emocional de las Pts mejoró significativamente en relación a las puntuaciones iniciales. Las Pts continuaron obteniendo puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control en función social y cognitiva. La sintomatología disminuyó en tal medida que fue similar a la reportada por el grupo control. Las Pts presentaron mayores dificultades financieras al año de la Crg que al momento del diagnóstico, aunque no en mayor medida que el grupo control. La edad estuvo correlacionada con mejor función social, de rol y emocional y peor función física en todos los tiempos. Nivel más alto de estudios alcanzado correlacionó positivamente con mejor función emocional en la primera administración y tras un año desde la Crg. Estadíos más tempranos de la Enf se asoció con mejor CVRS general y función de rol a los 3 y 12 meses, e imagen corporal a los 12 meses. Lpt estuvo asociada a mejor imagen corporal tras un año, y mejor función física a los 3 y 12 meses. La Omt estuvo asociada a una función social más pobre y más náuseas y vómitos a los 3 meses, y peor función de rol al año. Omt, estado más avanzado de la Enf y menor edad estuvieron asociados con peor función sexual al año desde la Crg. El haber podido optar entre Lpt y Mst estuvo asociado significativamente con mejor función física, cognitiva y social a los 3 meses, y función física y de rol a los 12 meses. El optimismo estuvo significativamente correlacionado con mejor CVRS general y mejor función en todas las administraciones, y con mejor imagen corporal a los 3 y 12 meses. Lpt predijo mejor función física e imagen corporal a los 12 meses. Omt lo fue de peor función de rol y sexual. Optimismo predijo mejor imagen corporal, función social y emocional.
Bloom, Stewart, Chang, y Banks (2004) (Estados Unidos)	185	45	Mujeres con CM menores de 50 al momento del diagnóstico y libres de recurrencia tras 5 años, que recibían asistencia en centros oncológicos, reclutadas a partir de registros. IR: 73%. Or: Et: caucásicas (69%). Es C: casadas o viviendo en pareja (75%). An Es M: estudios universitarios completos (56%). Sit Lab: activa (81%). Crg: Mst (51%). Lpt (49%). Trat Ady: Omt (53%), Rdt (55%), Tmx (38%). Estado diagnóstico I (17%), II (45%), III (37%).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme escasos meses tras el diagnóstico y 5 años más tarde	SF-36, RSES, Escala de problemas de Schain., SIN, Escala de Filamer	Treinta y siete por ciento de Pts reportó haber tenido dificultades en la comunicación con el médico tratante. La religión jugó un papel en la vida de la mitad de las mujeres, ayudándolas a atravesar el Trat. La mayoría de mujeres manifestó que el CM había cambiado sus vidas en el sentido de que ya no se preocupaban por pequeñas y vivían más plenamente el día a día. En la evaluación 5 años post-diagnóstico, 92% de Pts reportó que su salud era buena o excelente. El 19,5% de ellas reportó haber tenido hipertensión, asma (15%), artritis (14,6%) y otras condiciones crónicas en menor medida. Más de la mitad de la muestra reportó padecer una o dos condiciones crónicas. Cincuenta por ciento reportó tener problemas en su brazo. Casi tres cuartas partes eran postmenopáusicas, entre las cuales, 22% de los casos había sobrevivido naturalmente. Los síntomas hormonales fueron comunes; y entre el 69% que reportó ser sexualmente activa, elevada proporción de mujeres reportó dificultades en el terreno sexual. Sesenta y ocho por ciento se preocupaba por el futuro; 86% menciona la espiritualidad como muy importante en sus vidas. En la medida inicial y 5 años más tarde, hubo mejoras significativas en síntomas quirúrgicos, imagen corporal, preocupación respecto al futuro, comunicación médico-Pt, disrupción a causa de Trat, y todas las subescalas de SF-36 excepto salud general. Se reportó disminución significativa en apoyo emocional, tamaño de red social, y el número de hijos con los que convivían, y las mujeres eran más proclives a ser postmenopáusicas. No se observaron cambios significativos en Sit Lab, Es C, actividad sexual, problemas sexuales, autoestima, práctica religiosa, o frecuencia de rezo. Un mayor aumento en la calidad de vida física estuvo asociado con menos condiciones de cronicidad, haber recibido Omt, estar laboralmente activa, y no tener hijos menores de 18 años en casa. Un mayor aumento en la calidad de vida mental estuvo asociado con menos condiciones crónicas y menos disminución en el apoyo emocional recibido.

<p>Casso, Buisi y Taplin (2004) (Estados Unidos)</p>	<p>216</p>	<p>44.4</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en una cooperativa de salud, reclutadas por carta, a partir de registros locales de CM. La evaluación tuvo lugar M 7.3 años tras el diagnóstico. Al momento del estudio, 15.3% de las Pts había tenido un nuevo CM o recurrencia de la Enf. El tiempo M transcurrido entre el diagnóstico inicial y la recurrencia o nuevo CM fue de 2.5 años. IR: 74.5%. Nivel de ingresos anuales: 35.000 a 75.000 dólares americanos (43.1%). Or Et: caucásicas (92.4%). An Es: algunos años cursados de estudios universitarios o técnicos (36.8%). SH Lab: activa (76.2%). Crg: Mst (54.2%); Lpt (45.8%). La Crg fue el único Trat recibido por el 15.8% de Pts. Más e la mitad de las Pts carecían de comorbilidad al momento del estudio. Est Enf: 0 (13%); I (29.2%); II (29.6%); III y IV (6%); pérdida de información (22.2%). Trat Ady: Rdt (62.8%); Omt (54.9%); Tmx (37.2%). Status postmenopausico: si (83.6%).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>CARES-SF, SF-36, CES-D</p>	<p>En general, las mujeres que reportaron sintomatología en la mama presentaron peor CVRS que quienes no tenían sintomatología de tal índole. Las puntuaciones M totales de SF-36 indican que la muestra de este estudio puntuó menos de una cuarta parte de desviación típica por debajo de la población general en calidad de vida física, y aproximadamente un tercio de desviación típica por debajo de la población general en calidad de vida mental. Las mujeres que no habían recibido Trat Ady sistémico, obtuvieron puntuaciones superiores que quienes si lo habían hecho en diversas subescalas del SF-36: función de rol, salud general, función social, y sumatoria de calidad de vida física; asimismo, reportaron puntuaciones superiores en las siguientes subescalas de CARES-SF: global, físico, psicossocial, y sexual. El dolor como sintomatología en la mama fue el más fuertemente correlacionado a las puntuaciones en CVRS. Las mujeres que reportaron sintomatología en la mama fueron significativamente más proclives a obtener puntuaciones más bajas en CVRS. Las Pts con ingresos familiares anuales superiores a 75.000 dólares americanos fueron más propensas a reportar mejor CVRS que quienes percibían menos de 35.000 al año, a través de las puntuaciones de escala física y mental de SF-36 y de CARES-SF global. Las mujeres que habían recibido Omt fueron más proclives a reportar una calidad de vida más pobre que quienes no la habían recibido, a través de las puntuaciones obtenidas en la escala física de SF-36, CARES-SF global, y CARES-SF sexualidad. Las mujeres que habían recibido Mst fueron 2.6 veces más propensas a obtener peores puntuaciones en la escala física de SF-36 que quienes habían sido intervenidas con Lpt.</p>
<p>Engel, Keir, Schiesinger, Raab, Sauer, y Holzel (2004) (Alemania)</p>	<p>990</p>	<p>N o repor- lada</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en clínicas oncológicas, reclutadas a partir de un listado de Pts con CM al momento de iniciar el Trat Ady inicial. IR: 88%. Edad: menores de 50 (n=225); entre 50 y 69 (n=564); mayores de 70 (n=199). Es Ci: casadas (n=622). Sit Lab: inactiva (n=661). An Es: 9 (n=449). Crg: Mst (42.6%); Lpt (57.4%). Trat Ady: sin Trat Ady (n=376); Omt/1mx (n=612); sin Rdt (n=402); Rdt (n=586).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo de tipo correlacional, de administración de cuestionarios de autoinforme entre 6 meses y 5 años tras el diagnóstico</p>	<p>EORTC QLQ-C30</p>	<p>Las mujeres con Mst obtuvieron puntuaciones inferiores en la mayoría de variables, incluyendo las que no pertenecían al dominio de imagen corporal. Este patrón fue consistente a través de los años. Las Pts más jóvenes presentaron peor salud psicológica (función social y emocional) y preocupación por la propia salud futura), pero mayores niveles de salud física (p. ej., función física y actividad sexual). Independientemente de la edad, las Pts con Mst tuvieron puntuaciones más pobres en imagen corporal y estilo de vida; así como en cada grupo de edad en función de rol, social, emocional, y física, actividad sexual, finanzas y calidad de vida global, aunque no en todos los casos las diferencias alcanzaron la significación estadística. Únicamente las puntuaciones de imagen corporal mejoraron a través del tiempo, mientras que la relación con la pareja desmejoró. La preocupación por la propia salud futura de las mujeres mayores de 70 mejoró significativamente a lo largo del tiempo. Todas las variables mejoraron significativamente para las mujeres de 50 a 69 años de edad. Para aquellas menores de 50 únicamente función de rol y social, la fatiga náuseas y vómitos, y la preocupación por la propia salud futura mejoraron en forma significativa a través del tiempo. Las puntuaciones de las mujeres con Lpt mejoraron significativamente también en todas las variables, mientras que las Pts del grupo Mst presentaron mejoras en función de rol, fatiga, preocupación por la propia salud futura, y calidad de vida global. La relación de pareja reportada de las mujeres mastectomizadas presentó un empeoramiento significativo a lo largo del tiempo.</p>
<p>Giedzinska, Meyerowitz, Ganz, y Rowland (2004) (Estados Unidos)</p>	<p>621</p>	<p>55.23</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en centros oncológicos de dos ciudades, reclutadas por carta. IR: 57%. Edad M de mujeres por grupo étnico: caucásicas (57.3); afroamericanas (55.5); asiáticas-americanas (51.96); latinas (51.4). Es Ci: casadas o viviendo en pareja caucásicas (68.24%); afroamericanas (60.94%); asiáticas-americanas (70.13%); latinas (71.79%). An Es: La mayoría de mujeres latinas y afroamericanas había cursado algunos años de universidad (48.72% y 48.89%, respectivamente), mientras que la mayoría de las mujeres caucásicas y asiáticas-americanas había tenido estudios de postgrado (39.66% y 35.06%, respectivamente).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>SF-36, CARES, BCPT, Meaning Questionnaire, CES-D, MOS Social Support Survey, RDAS</p>	<p>Las puntuaciones obtenidas en SF-36 fueron similares o superiores a los obtenidos de acuerdo al Or Et y grupo de edad en población femenina general. Las mujeres afroamericanas reportaron un bienestar emocional significativamente mayor al de las Pts latinas, y función física significativamente más pobre que las mujeres caucásicas y asiáticas-americanas. Las Pts reportaron "escasa" preocupación en torno al interés sexual e imagen corporal, así como "considerables dificultades" con la disfunción sexual. Las mujeres afroamericanas reportaron mayores preocupaciones con su imagen corporal que las caucásicas, así como menor disfunción sexual que las caucásicas o latinas. Casi 80% de las Pts reportaron que experimentaban al menos un sintoma físico que le causaba problemas al menos "moderados". Los síntomas más problemáticos fueron los hot flashes (37.8%) para las afroamericanas; la imagen corporal para las caucásicas y latinas (38.1% y 59.7%, respectivamente); y las dificultades en mientas para las asiáticas-americanas (28.6%). Las mujeres latinas presentaron mayor sintomatología asociada al CM que el resto de grupos. Las mujeres afroamericanas reportaron menor dolor durante las relaciones sexuales que los demás grupos étnicos; y las asiáticas-americanas menos dificultad vinculada a los hot flashes que el resto.</p>

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Rielman et al. (2004) (Países bajos)	55	56.7	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en un hospital universitario, evaluadas una M de 2.7 años tras la Crg, reclutadas a partir de registros locales y contactadas inicialmente por carta. IR: 49.5 %. Peso M: 73.9 kg. Est Enf: 0 (3.7%); I (47.1%); II (49%). Crg: Mst (72.7%); Lpt (27.2%). Trat Ady: Omt (7.3%); Rdt (30.9%); Omt y Rdt (12.7%); sin Trat Ady (49.1%).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>Pruebas de movimiento, fuerza, volumen y rotación de hombros y brazos. VAS, SDO, SF-36</p>	<p>Las lalinas experimentaron mayor aumento de peso, y presentaron peor imagen corporal. En comparación a las afro-americanas, las mujeres caucásicas tuvieron sequedad vaginal y nivel de distractibilidad significativamente mayor. En general, la mayoría de Pts reportaron que habían encontrado sentido y significado en la vida a partir de la experiencia con el CM. Las mujeres afroamericanas y lalinas reportaron llevar estilos de vida más saludables que las caucásicas, así como mayores cambios en la forma de ver la vida que las caucásicas y asiáticas-americanas. No se observaron diferencias significativas entre grupos étnicos en niveles de depresión, siendo las puntuaciones de más de una cuarta parte de pacientes superiores a los establecidos por el punto de corte. Las afroamericanas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en apoyo social percibido que las asiáticas-americanas y caucásicas. Las puntuaciones en MOS de la muestra fueron mayores para todos los Omt. El respecto de la población general. Las puntuaciones reportadas en RDAS arrojaron M comparables a las de las mujeres casadas del a población general.</p> <p>Entre las mujeres afroamericanas, fue mejor la función física reportada en mujeres más jóvenes y con mayores ingresos. También la edad fue predictor significativo de salud general en el mismo sentido. Haber recibido Omt fue predictor del puntaje total de BCPT. Ser más joven, con menores ingresos y haber recibido Mst predijo mayor insatisfacción con la imagen corporal. Ser más joven también predijo haber encontrado más significado en la vida a partir de la experiencia con el CM.</p> <p>Entre las mujeres caucásicas, mayor edad estuvo asociado con mejor ajuste en bienestar emocional y energía, pero peor ajuste en función física. Las mujeres mayores reportaron mejor salud mental. Quienes habían recibido Mst presentaron mayores preocupaciones con la imagen corporal. Ser mayor, con mayores ingresos y Mst estuvo asociado con peor función sexual. Ser más joven estuvo asociado a un mayor hallazgo de significado así como a mayor vulnerabilidad.</p> <p>Las puntuaciones en calidad de vida global, función de rol, y preocupación respecto a la propia salud futura se mantuvieron en las diferentes medidas tomadas a disímulo tiempo desde el diagnóstico. En el primer año, las M de puntuaciones en función emocional y social fue inferior a las reportadas posteriormente. La M de puntuaciones en imagen corporal se mantuvo durante los primeros 4 años, incrementando en el 5to año.</p> <p>Las mujeres que no presentaban problemas en su brazo reportaron mejor calidad de vida en forma consistente en las 8 dimensiones a través de los 5 años.</p> <p>La comunicación, comorbilidad y edad fueron factores también consistentes y con gran influencia en la calidad de vida. Las Pts que reportaban que su comunicación era poco clara, presentaban una calidad de vida más pobre, mayores niveles de depresión, peor imagen corporal y mayores preocupaciones respecto a la propia salud futura. Las mujeres sin comorbilidad experimentaban mejor calidad de vida que quienes tomaba medicación para el Trat de Enf's comorbidas; no solo tenían mejor función física, sino que reportaron también menores niveles de depresión y menos limitaciones de rol.</p> <p>Las Pts más jóvenes tenían mejor función física que las mujeres con más de 70 años de edad, pero reportaron una función social e imagen corporal más pobres.</p> <p>Las mujeres intervenidas con Lpt eran hasta 7 veces más proclives a tener mejores puntuaciones en imagen corporal que aquellas mastectomizadas.</p> <p>Las mujeres casadas reportaron mejor función de rol.</p> <p>Entre las mujeres lalinas, ser más joven estuvo asociado a mejor función física. Aquellas mujeres con menores ingresos y que habían recibido Omt eran más propensas a reportar más sintomatología.</p> <p>Las puntuaciones M informadas en SF-36 en función física, vitalidad y percepción de la propia salud fueron significativamente más pobres que los de la población femenina general.</p> <p>Respecto a la predicción de la CVRS se observó que el dolor, fuerza de prensión, y volumen del brazo, fueron factores significativos en 6, 3, y 2 dominios del SF-36, respectivamente.</p> <p>Únicamente la Rdt, y en menor medida la Omt como Trat Ady, fue un factor predictor en forma significativa de capacidad disminuida de la movilidad. El dolor fue el predictor más consistente de la CVRS, siguiéndole la fuerza de prensión.</p>

Schreier y Williams (2004) (Estados Unidos)	48	55.65	Mujeres con CM en Est tempranos que recibían asistencia en un centro oncológico, reclutadas por teléfono, previo al inicio del Trat Ady IR; no reportado. Or Et: caucásicas (n=24); afroamericanas (n=20). An Es M: un año más que secundario. La mayoría de Pts reportó ingresos anuales inferiores a 30.000 dólares americanos y estaba casada. Trat Ady: Omt (31%); Rdt (17%). Las Pts que habían recibido Rdt fueron significativamente mayores que quienes habían recibido Omt.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme previo al inicio de los Trat, 4, 12 semanas, y 12 meses después	QLI, STAI	Las puntuaciones M en calidad de vida mejoraron significativamente a través del tiempo en calidad de vida total, sub-escala de salud/funcional, y subescala psicológico/espiritual. Las puntuaciones reportadas en la subescala de familia fueron significativamente más pobres tras un año de haber iniciado los Trat que al inicio de los mismos. La calidad de vida reportada por las mujeres que habían recibido Omt fue inferior a la de quienes habían recibido Rdt tanto al inicio de los Trat, como tras 12 meses, las diferencias no fueron significativas. Los niveles de ansiedad estado y rasgo fueron significativamente mayores para las Pts que habían recibido Omt que para el grupo tratado con Rdt. Las puntuaciones M reportadas en STAI se mantuvieron consistentemente por encima de los de la población femenina general. Se observaron diferencias significativas respecto de los niveles de ansiedad estado y rasgo entre las mujeres tratadas con Omt y quienes habían sido tratadas con Rdt. Los niveles de ansiedad del grupo de Omt fueron significativamente mayores al inicio del Trat, tras 4 y 8 semanas. Al inicio del Trat la ansiedad rasgo correlacionó negativamente con calidad de vida total y con la subescala psicológico-espiritual; mientras que la ansiedad estado se correlacionó negativamente con calidad de vida total, la subescala de salud/funcional, y la psicológico/espiritual. La ansiedad estado al inicio del Trat correlacionó negativamente con calidad de vida total, salud/funcional, y psicológico/espiritual 12 meses después. A mayores niveles de ansiedad estado, peor calidad de vida tanto al inicio del Trat, como al cabo de un año.
Engel et al. (2003) (Alemania)	990	No reportada	Mujeres con CM que recibían asistencia en clínicas oncológicas, reclutadas a partir de un listado de Pts con CM al momento de iniciar el Trat Ady inicial. IR: 88%. Edad: menores de 50 (n=225); entre 50 y 69 (n=564); mayores de 70 (n=199). Es Ci: casadas (n=622). Sit Lab: inactiva (n=661). An Es: 9 (n=449). Crg: Mst (42.6%), Lpt (57.4%). Trat Ady: sin Trat Ady (n=376); Omt/Tmx (n=612); sin Rdt (n=402); Rdt (n=586).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo de tipo correlacional, de administración de cuestionarios de autoinforme entre 6 meses y 5 años tras el diagnóstico	EORTC QLQ-C30	Las puntuaciones en calidad de vida global, función de rol, y preocupación respecto a la propia salud futura se mantuvieron en las diferentes medidas tomadas a distinto tiempo desde el diagnóstico. En el primer año, las M de puntuaciones en función emocional y social fue inferior a las reportadas posteriormente. La M de puntuaciones en imagen corporal se mantuvo durante los primeros 4 años, incrementando en el 5to año. Las mujeres que no presentaban problemas en su brazo reportaron mejor calidad de vida en forma consistente en las 8 dimensiones a través de los 5 años. La comunicación, comorbilidad y edad fueron factores también consistentes y con gran influencia en la calidad de vida. Las Pts que reportaban que su comunicación era poco clara, presentaban una calidad de vida más pobre, mayores niveles de depresión, peor imagen corporal y mayores preocupaciones respecto a la propia salud futura. Las mujeres sin comorbilidad experimentaban mejor calidad de vida que quienes tomaba medicación para el Trat de Enfs comórbidas; no sólo tenían mejor función física, sino que reportaron también menores niveles de depresión y menos limitaciones de rol. Las Pts más jóvenes tenían mejor función física que las mujeres con más de 70 años de edad, pero reportaron una función social e imagen corporal más pobres. Las mujeres intervenidas con Lpt eran hasta 7 veces más proclives a tener mejores puntuaciones en imagen corporal que aquellas mastectomizadas. Las mujeres casadas reportaron mejor función de rol
Váček, Wincek-Fry, Seckler-Walker, Hooper, y Plante (2003) (Estados Unidos)	195	66	Mujeres con CM que asistían a controles de rutina en unidades de oncología de hospitales generales, reclutadas a partir del registro de biopsias ofrecido por 4 laboratorios de condados demográficamente similares, y cartas enviadas por parte de los cirujanos de biopsia. La primera entrevista tuvo lugar M 45 semanas tras el diagnóstico. Cuarenta y tres por ciento había tenido alguien en la familia que padeciera CM. IR: 58.9%. Es Ci: casadas (66%). An Es: al menos secundaria (86%). Crg: Mst (61%). Est Enf: I o II (80%) Trat Ady: Rdt (44%); Omt (25%); Tmx (57%). Setenta y cuatro por ciento reportó tener al menos un problema de salud adicional al momento de la primera entrevista.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme tras haber recibido el resultado de la biopsia por medio de una entrevista en persona, y de una a tres veces más, con intervalos de un año, por medio de entrevistas telefónicas.	QWB	Las puntuaciones de QWB descendieron más rápidamente en las mujeres mayores que en las más jóvenes a través del tiempo. Las mujeres casadas reportaron un declive más lento en su calidad de vida que quienes no lo estaban. La presencia de comorbilidad hacia a disminuir significativamente la calidad de vida de las Pts, presentándose dicho problema de salud en cualquiera de las administraciones, aunque el cambio sufrido a través del tiempo en QWB al haber comorbilidad no difiriera significativamente del observado en aquellas sin comorbilidad. La edad al momento del diagnóstico, estado civil, y presencia de problemas de salud adicionales estuvieron significativamente asociados entre sí, de modo que el efecto de cada uno en QWB podría haberse debido, al menos en parte, a su correlación con las otras dos variables.

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Tomich y Helgeson (2002) (Estados Unidos)	164 mujeres con CM.	54.4	Mujeres con CM que recibían asistencia en centros oncológicos de determinado barrio, reclutadas inicialmente por teléfono, para agendar una entrevista de administración en los domicilios de las Pts. IR: no reportado. Or Et: caucásicas (94.5%). An Es: 34% había acabado estudios secundarios. Est Enf: I (n=50); II (n=106); III (n=8). Mujeres saludables. Or Et: caucásicas (95.1%). An Es: 29% había acabado estudios secundarios.	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme más de 5 años tras el diagnóstico. Estudio comparativo con una muestra equivalente en edad, Or Et, y nivel educativo de mujeres saludables.	WAS, SWBS-FACIT, SF-36.	Las mujeres con CM que no habían recibido psicoeducación previo al estudio reportaban buscar significado en sus vidas con menor frecuencia que las del grupo saludable. Las mujeres con CM reportaron mayor hallazgo de beneficios a partir de su experiencia con el CM del que reportaron las mujeres control a partir de eventos estresantes. Las mujeres con CM que no habían recibido psicoeducación previo al estudio reportaron peor función física que las mujeres saludables. La asociación más fuertemente correlacionada con la CVRS fue la de que uno tiene control sobre lo que sucede en la propia vida en función mental, afecto positivo, y menores niveles de afecto negativo. Las creencias respecto a que el mundo es un lugar benevolente y a la propia buena suerte estuvieron relacionadas con mayor afecto positivo. La creencia de que el mundo es justo estuvo asociada a menores niveles de afecto negativo. La creencia por parte de las Pts de que el mundo es controlable estuvo asociada a mejor función física. Las Pts que aun estaban en busca de significado reportaron peor función mental, menos afecto positivo, y más afecto negativo. Cuanto mayor perjuicio a partir de la experiencia con el CM percibían las Pts, peor función física y mental, menor afecto positivo y mayor afecto negativo reportaban. Percibir aspectos beneficiosos estuvo asociado a mejor función física y mayor afecto positivo. La espiritualidad estuvo asociada a mayor afecto positivo y menor afecto negativo. El sentido de propósito en la vida estuvo asociado con mejor función física y mental. La única variable predictora de función física en las Pts fue la creencia de que el mundo es controlable. El sentido de propósito en la vida fue la única variable predictora de función mental y de afecto positivo, tanto para las Pts con CM como para el grupo saludable. La percepción de daño fue el único predictor de menores niveles de afecto positivo en las Pts, mientras que el beneficio percibido predijo mayor afecto positivo en el grupo control. En la muestra saludable, el crecimiento personal y la búsqueda de significado predijeron aumento en los niveles de afecto negativo.
Hassey y Lafferty (2000) (Estados Unidos)	23	37.8	Mujeres con CM menores de 45 años que habían sido operadas con Lpt, y recibían asistencia en la clínica oncológica de un hospital universitario, reclutadas a partir de un listado de Pts con CM al momento de iniciar el Trat Ady de Rdt inicial. IR: 82.14%. Or Et: caucásicas (91%). Es Ci: solteras (40%). Sit Lab: activa (43%).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme antes de iniciar, durante, y tras acabar el Trat Ady de Rdt, y 6 meses después.	OLI, PANS, ASE	Las puntuaciones M en calidad de vida general, social, familiar, y psicológico/espiritual descendieron entre el momento de iniciar la Rdt y cuando las Pts se encontraban en pleno curso del Trat. Dichas puntuaciones se aproximaron a la línea base 6 meses después de concluir el Trat, a excepción de la subescala social, cuyas puntuaciones reportadas se mantuvieron descendidas 6 meses después. Las puntuaciones M en la subescala de salud se presentaron más pobres al inicio y fueron en crescendo hasta la finalización del Trat. Se reportó una mejoría en el nivel de ajuste psicosocial a través del tiempo. Las dificultades de ajuste a nivel sexual aumentaron hasta concluir el Trat de Rdt, regresando las puntuaciones M próximo a la línea base 6 meses después. Las puntuaciones M de adaptación a la sobrecarga aumentaron a través del tiempo, y se mantuvieron desde el final del Trat hasta la administración 6 meses después. La subescala de preocupación presentó un patrón inverso, encontrándose mayor nivel de preocupaciones al inicio y un descenso hasta el final de la Rdt, ascendiendo a niveles cercanos a la línea base meses después. No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones M de ninguna de las medidas a través del tiempo.
Jansen, Sligebout, Noorlijk, y Kievit (2000) (Países bajos)	46	55	Mujeres con CM que recibían asistencia en centros oncológicos, reclutadas en la semana previa al inicio de la Rdt post Crg. IR: 60.5%. El tiempo M desde la Crg fue de 47 días al momento del estudio. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (72%). An Es: 10-15 (46%). Sit Lab: activa (63%). Crg: Mst (n=9); Lpt (n=38). Trat Ady: Rdt 25-29 sesiones (n=9); Rdt 33 sesiones (n=36). Noventía y uno por ciento de las administraciones fueron cumplimentadas por las Pts en sus casas.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme previo al inicio de la Rdt Ady, y una vez finalizado el Trat respecto al momento presente y en retrospectiva solicitando se reporte como percibían que habían estado justo antes de iniciar el Trat.	SF-36, RSCL	Los niveles de fatiga y la calidad de vida general empeoraron de la administración 1 a la 2. Se observaron mejores puntuaciones retrospectivas en relación a los reportados al comienzo del estudio. El bienestar psicológico aumentó de la administración 1 a la 2. Se observaron puntuaciones retrospectivas más bajas de las que habían sido reportadas en la toma de medidas inicial. Más de la mitad de Pts reportó sentirse más fatigada al finalizar la Rdt, y esa diferencia fue mayor aun, al considerar la evaluación retrospectiva respecto a los niveles de fatiga. Doce Pts reportaron que sus niveles de fatiga se habían mantenido; nueve de ellas manifestaron tales niveles habían descendido. Diecisiete Pts reportaron que su calidad de vida había empeorado; dieciocho de ellas habían mantenido su calidad de vida general en valores estables; y diez reportó haber experimentado mejoras en su calidad de vida respecto a antes de iniciar la Rdt. Siete Pts reportaron empeoramiento en su bienestar psicológico; veintiseis Pts reportaron que su bienestar psicológico se había mantenido estable; y diez de ellas reportaron mejoras a ese respecto.

<p>King, Kenny, Shelli, y Boyages (2000) (Australia)</p>	<p>307</p>	<p>53</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en centros oncológicos, reclutadas bien al momento de ser ingresadas para Crig, o bien la primera vez que asistían a Trat de Rdt. IR: 93% a los 3 meses, y 88% tras un año. Crig: Mst (14%) de las casadas; Es Ci: casadas o viviendo en pareja (71%). An Es: terciarios (30%). Percibía haber participado de la decisión respecto a su Trat: (53%) Trat Ady: Rdt (7%); Omt (34%); Lpt (86%) de las casadas; Edad M: 54. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (74%). An Es: terciarios (37%). Percibía haber participado de la decisión respecto a su Trat: (74%) Trat Ady: Rdt (99%); Omt (17%).</p>	<p>Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme 3 meses y un año tras la primer Crig.</p>	<p>EORTC QOL-C30, HADS, MDD específico para PIs en Est tempranos de CM que recibieron Crig mamaria, basado en el QPBS.</p>	<p>La importancia otorgada a diversos aspectos de la calidad de vida se mantuvo relativamente estable, a excepción de las reacciones cutáneas, a lo cual se asignó menor importancia al final de la Rdt. Antes de iniciar la Rdt, los sentimientos de ansiedad y cansancio fueron calificados como de mayor importancia. Los sentimientos de ansiedad y la preocupación por la propia salud futura fueron los aspectos de mayor importancia tras el Trat según lo informado por las PIs. La importancia asignada a la preocupación respecto a la propia salud futura fue mayor en la 2ª administración que en la 1ª en las PIs cuyo bienestar psicológico se había mantenido estable.</p> <p>Tres meses tras la Crig, las mujeres tratadas con Lpt reportaron mejor imagen corporal que las mastectomizadas. El beneficio a partir de la Lpt fue muy pronunciado entre las mujeres casadas, y más leve entre las solteras. Tres meses tras la Crig también, las mujeres lumpectomizadas reportaron mayor tendencia al empleo de estrategias de afrontamiento activas que quienes habían recibido Mst, y obtuvieron puntuaciones M que indicaban peor función social y mayor fatiga.</p> <p>Las puntuaciones generales fueron significativamente mejores en la administración tras un año desde la Crig que a los 3 meses en función social y emocional. Asimismo, descendieron de una toma de medidas a la otra los niveles de fatiga, dolor y sintomatología en el pecho y la mama. Al año de la Crig las mujeres reportaron menor temor a la recurrencia y eran menos proclives a emplear estrategias de afrontamiento activas.</p> <p>Al año de la Crig se observaron mejores niveles en calidad de vida global, función de rol y función sexual, así como un deterioro en la relación de pareja.</p> <p>Se observaron evidencias sutiles de que quienes habían recibido Omt tenían mayor temor a la recurrencia, eran más propensas a usar estrategias de afrontamiento activas, y reportaron peor función de rol, sin embargo tenían mejor relación de pareja tanto a los 3 como a los 12 meses desde la Crig.</p> <p>Las mujeres mayores reportaron mejor imagen corporal, y esta diferencia fue mayor entre las mujeres solteras que entre las casadas. Las mujeres mayores también reportaron mejor función social y emocional, presentaban menor dolor y sintomatología en el brazo, y menor temor a la recurrencia que las más jóvenes. Hubo suficiente evidencia de que la calidad de vida global de las mujeres mayores era mejor, así como de que sus mamas eran menos importantes de cara a su sentido de atractivo y femineidad.</p> <p>Las mujeres casadas le daban mayor importancia a sus mamas de cara a su sentido de atractivo y femineidad, y reportaron mejor calidad de vida global, menor sintomatología en el brazo y mejor imagen corporal que quienes no estaban en pareja. El impacto negativo en la imagen corporal de la Mst fue mayor entre las mujeres casadas, particularmente entre las más jóvenes de ellas. Entre las mujeres sin pareja, la imagen corporal reportada de las mayores fue buena, mientras que la de las mujeres más jóvenes fue pobre, independientemente del tipo de Crig.</p> <p>Las mujeres con más educación formal reportaron menor sintomatología en el brazo, mejor función física y emocional, menor dolor y sintomatología en el pecho y mama que aquellas con menos An Es.</p>
<p>Wapnir, Cody y Greco (1999) (Estados Unidos)</p>	<p>78</p>	<p>57</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en centros de salud privados y habían sido operadas entre 13 y 84 meses previo al estudio, y culminado su Trat adyuvante al menos 12 meses antes. IR: grupo de Mst: 70.4%; grupo de Lpt: 81.6%; Crig: Mst (n=30); Lpt (n=30). Trat Ady: Rdt (96.6% de las PIs con Lpt); Omt (n=36); Est Enf: 1 (n=22); IIA (n=19); IIB (n=19).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, de administración de cuestionarios de autoinforme.</p>	<p>SF-36</p>	<p>Las mujeres más jóvenes presentaron puntuaciones estadísticamente más altas en todas las preguntas de SF-36, aunque la diferencia fue significativa únicamente para vitalidad.</p> <p>Las PIs que habían recibido Lpt, tuvieron puntuaciones comparables o mejores que las pertenecientes al grupo de Mst.</p> <p>Independientemente de la Crig recibida, las PIs que habían sido tratadas con Omt presentaron puntuaciones más elevadas, en gran medida debido al hecho de que estas eran 10 años más jóvenes de media que las mujeres que no habían sido tratadas con Omt.</p> <p>La reconstrucción post-Mst mostró tener un impacto positivo en la forma de vestir de las PIs, así como al llevar trajes de baño.</p>

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Ferrero, Bañero, y Toledo (1994) (España)	68	53	Mujeres con CM no metastásico, que recibían asistencia en el servicio remato-oncológico de un hospital universitario, reclutadas tras la entrevista de información diagnóstica. IR: 98.6%. Es Ci: casadas (70.6%). La mayoría de las PIs había cursado estudios básicos. Sit Lab: activa (n=92). Est Enf: I (17.6%); II (61.8%); III (20.6). Trat Ady: Crg y Tmx (25%); Crg y 3 ciclos de Omt (13%); Crg y 8 ciclos de Omt (30%); Tres ciclos de Omt antes y 3 ciclos después de la Crg.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme tras la entrevista de información diagnóstica. 3 y 6 meses aprox. post-diagnóstico.	CVCM, MAC	En todas las tomas de medidas, se observó una correlación negativa significativa entre las subescalas de espíritu de lucha y desesperanza/indefensión y entre la primera y fatalismo. Desesperanza/indefensión correlacionó positivamente con fatalismo y con preocupación ansiosa. La medida de negación se presentó correlacionada en forma negativa con preocupación ansiosa. Una vez que las PIs ya habían sido operadas, los niveles de desesperanza/indefensión descendían. Las PIs que habían recibido Lpt parecían tener puntuaciones más altas en preocupación ansiosa, siendo la diferencia significativa únicamente en la segunda toma de medidas. En la primera administración, las PIs que reportaron más severos síntomas físicos presentaron mayores puntuaciones de desesperanza/indefensión, fatalismo y preocupación ansiosa; y menores en espíritu de lucha. Preocupación ansiosa correlacionó significativamente con edad en las tres tomas de medidas, presentando puntuaciones inferiores las mujeres mayores. Asimismo, las PIs mayores presentaron mayores niveles de negación. Espíritu de lucha estuvo asociado a menor estrés, y el resto de subescalas, con mayor nivel de estrés. Se observó menor estrés en PIs que negaban la Enf en mayor medida.
Graydon (1994) (Canadá)	53	57	Mujeres con CM que habían recibido Lpt y Rdt, evaluadas M 7 semanas tras haber finalizado el ciclo de Rdt, reclutadas en sala de espera para consulta médica tras dicho Trat Ady. IR: no reportado. Or Et: caucásicas (93.2%). Es Ci: casadas (74%). An Es: al menos estudios secundarios (67%). Sit Lab: activa (60%). Est Enf: I (n=20); II (n=21); información no disponible (n=12).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	SIP, POMS, SDS	Las puntuaciones M en SIP, indicaron que las mujeres presentaron cambios mínimos en el desempeño de sus actividades diarias tras la Rdt. Las mujeres que no estaban casadas reportaron mayor impacto en este sentido que las casadas. Las tres áreas cotidianas en que las PIs reportaron mayores cambios a partir de la Rdt fueron: sueño y descanso, recreación y ocio, y manejo del hogar. El estado de ánimo informado en mayor medida fue vigor-actividad; siguiéndole en prevalencia fatiga-inercia y tensión-ansiedad, en ese orden. La sintomatología más prevalente fue insomnio. Las puntuaciones M indicaron niveles leves de insomnio. Sesenta y cuatro por ciento de la muestra experimentaba algún tipo de sintomatología. Los síntomas más frecuentemente informados fueron insomnio (n=21), movilidad disminuida (n=21), y dolor (n=16). A mayores niveles de estrés emocional experimentado, mayores cambios a nivel del funcionamiento y desempeño en actividades cotidianas, y mayor sintomatología. Todos los estados de ánimo evaluados con POMS, excepto ira-hostilidad, presentaron correlaciones significativas con las puntuaciones funcionales y sintomatológicas. Los estados de ánimo más altamente correlacionados con las puntuaciones de sintomatología fueron fatiga-inercia, tensión-ansiedad; las mayores correlaciones con las puntuaciones funcionales se observaron en fatiga-inercia, vigor-actividad, y tensión-ansiedad.

APÉNDICE B
Tabla 2. Estudios de Estrategias de Afrontamiento al Estrés en Mujeres con Cáncer de Mama post-cirugía.

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Neipp, López-Roig, Terol, y Pastor Mira (2008) (España)	69	58	Mujeres con CM que asistían a controles de rutina en la unidad de oncología de un hospital general. IR: 83%. Las mujeres habían sido diagnosticadas una media de 4.5 años antes del estudio. Todas ellas se encontraban en periodo de seguimiento y en remisión. Es Ci: casadas (72.5%). Educación formal: primaria (73,9%). Sit Lab: amas de casa (75,4%). Crg: Mst o Lpt (98,6%). Est Enf: I o II (88,1%) Trat Ady: Tmx (46,4%).	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	WCO, CSQ, HAD, PAIS	Se distribuyó la muestra en grupos o categorías en función de las estrategias de afrontamiento empleadas. El grupo uno estuvo compuesto por aquellas mujeres que utilizaban estrategias de afrontamiento en menor medida, empleaban con mayor frecuencia comparación social positiva, resignación y pensamiento positivo. Estas mujeres presentaban buen estado emocional y adaptación social. Culpar a otros se relacionó con mayores niveles de ansiedad y depresión y peor ámbito social. El pensamiento ilusorio se asoció a peor relacionamiento familiar. La resignación se relacionó con mayor estrés psicológico y peor adaptación global. La religiosidad estuvo relacionada a mejor adaptación global. El segundo grupo utilizaba con mayor frecuencia estrategias de aproximación cognitivo: pensamiento positivo, comparación social positiva, resignación, religiosidad y búsqueda de soluciones. También estas mujeres presentaron buena adaptación emocional y psicosocial. Tres estrategias de afrontamiento estuvieron relacionadas con 2 áreas psicosociales (núcleo familiar, estrés psicosocial). Búsqueda de apoyo social y culpabilizar a otros contribuyó a la varianza de núcleo familiar; y pensamiento ilusorio se asoció con mayor estrés psicológico. El tercer grupo frecuentemente empleaba estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva como pensamiento ilusorio y moderadamente estrategias de aproximación cognitiva. No presentaron una pobre adaptación psicosocial, pero su status emocional y adaptación psicosocial fueron peores que para los anteriores dos grupos. La auto-culpa estuvo asociada con peor ámbito vocacional y social y peor adaptación global, contribuyendo a la varianza de cada uno de ellos. Culpar a otros también estuvo negativamente asociado a ámbito vocacional y doméstico. El pensamiento positivo estuvo asociado con mejor relaciones en núcleo familiar y mejor adaptación global.
Gilbar, y Hevroni (2007) (Israel)	64	51.39	Mujeres con CM que recibían asistencia en dos clínicas oncológicas; reclutadas a partir de un listado de Pts. con CM. IR: 79%. Es Ci: casadas (n=47). Treinta y siete de las participantes habían nacido en Israel. Sit Lab: activa (n=42). Cerca de la mitad de las participantes (43,75%) tenía un diagnóstico de CM en estadio II, un tercio en estadio I (32,81%), 17:19 en estadio III, y 6:25 en estadio IV.	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	BSI, COPE, CTSRQ	Se encontró una correlación positiva entre el pensamiento retrospectivo alternativo en positivo y el nivel de estrés. El uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción estuvo positiva y significativamente correlacionado con estrés. El uso de la planificación vital descendida presentó una correlación positiva y significativa con el nivel de estudios alcanzado, así como entre el nivel de estudios alcanzado y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema; y negativa entre el nivel de estudios alcanzado y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. No se encontraron correlaciones significativas entre el Est Enf y nivel de estrés, o el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas. El Est Enf, uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y el pensamiento retrospectivo alternativo en positivo predijeron en forma significativa el estrés psicológico.
Roussi, Krikelli, Haizidimitriou, y Koufiri (2007) (Grecia)	72	54.13	Mujeres con CM que recibían asistencia en un hospital público, reclutadas un día previo a recibir Crg, momento en que eran ingresadas al hospital, para solicitarles participación posterior. IR: no reportado. Sesenta y nueve por ciento no había recibido educación formal, o había cursado algunos años de primaria. Es Ci: casadas (83%). Sit Lab: amas de casa (56%). Crg: Mst (46%); Lpt (54%). Trat Ady: Únicamente Rdt (17%), únicamente Omt (50%); únicamente Tmx (6%). El resto de Pts había recibido Trat Ady combinados.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme un día antes de la Crg, 2-3 días después de la Crg, y tres meses más tarde	POMS, COPE	La reinterpretación positiva fue utilizada en mayor medida post-Crg y en la sesión de seguimiento a los 3 meses que antes de la Crg. La aceptación y autoestrategia fueron empleadas en mayor medida 3 meses luego de la Crg que pre y post-Crg. Los niveles de estrés fueron más elevados pre-Crg que post-Crg y tres meses más tarde. Los niveles de estrés post-Crg no difirieron respecto de los correspondientes a la sesión pasados los 3 meses. Pre-Crg, la aceptación y el humor mostraron una relación negativa con estrés, mientras que la expresión emocional y la negación se relacionaron en forma positiva con estrés. En la sesión de seguimiento, transcurridos los 3 meses tras la Crg, la reinterpretación positiva, aceptación, autoestrategia y humor presentaron una relación negativa con estrés, mientras que la expresión emocional y negación se relacionaron en forma positiva con estrés. El estrés post-Crg presentó una relación negativa con aceptación 3 meses pasada la Crg. Asimismo, se observó una tendencia que indica una relación positiva entre estrés y negación.

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Gilbar (2005) (Israel)	64	51.39	Mujeres con CM que recibían asistencia en dos clínicas oncológicas. IR: 79%. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (n=47). An Es M: 13-40. Sit Lab: activa (n=42). Crg: Mst (n=17); Lpt (n=47). Ninguna de las participantes había recibido Crg reconstructiva. Trat Ady: Rtt (n=13); Omt (n=17); Omt y Rtt (31); Tmx (n=3). Estadios I y II (n=49); estadios III y IV (n=15)	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	BSI, COPE, MSPSS	Antes de la Crg, así como tres meses luego de ésta, las mujeres que hacían uso de la aceptación o apoyo social y expresión emocional presentaban mayores niveles de distrés que aquellas que empleaban las 5 estrategias de afrontamiento consideradas. Antes de la Crg las mujeres que hacían uso de las 5 estrategias consideradas, mostraron hacer un uso significativamente menor de negación. La flexibilidad y uso concurrente de diversas estrategias de afrontamiento tras la Crg predijo menores niveles de distrés 3 meses después.
Iwamitsu et al. (2005) (Japón)	14	54.8	Mujeres con CM que recibían asistencia en el departamento de Crg de un hospital universitario, reclutadas en la primera visita pre-diagnóstica. IR: 87.5%.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme en la primera visita médica, inmediatamente después del diagnóstico de CM, post-Crg, y tres meses después de haber sido dadas de alta.	POMS, CECS	Se observó una marcada correlación entre el nivel global de severidad en el distrés y las escalas de afrontamiento centradas en la emoción, en tanto existió una correlación negativa y significativa entre distrés y apoyo social. La cantidad de años de educación formal recibidos correlacionó en forma positiva y significativa con el afrontamiento centrado en el problema, y en forma negativa y significativa con el afrontamiento centrado en la emoción. Los efectos en la varianza de los niveles de distrés psicológico de la edad, educación, Est Enf, y apoyo social fueron débiles. Se observó un efecto predictor de distrés por parte del apoyo social, y en menor medida, del Est Enf. Las mujeres que suprimían su expresión emocional obtuvieron puntajes más altos en las subescalas de D-A y I-H en la primera visita, tras el diagnóstico y 3 meses luego del alta médica; y en F-I tras el diagnóstico. Tanto las mujeres que suprimían como aquellas que expresaban sus emociones puntuaron alto en F-I tras ser dadas de alta. Las mujeres que suprimían la expresión de ira obtuvieron puntajes significativamente mayores en las subescalas de T-A y D-A. Asimismo, se observó una interacción significativa entre las mujeres que expresaban la ira y la sesión de administración para la subescala F-I. Sus puntajes fueron más altos tras ser dadas de alta que tras el diagnóstico y tras la Crg. Las mujeres que expresaban su ira obtuvieron puntajes elevados en F-I únicamente tras el alta. Las puntuaciones en las subescalas de D-A e I-H de las mujeres que suprimían la expresión de ansiedad fueron significativamente mayores que las de las mujeres que expresaban su ansiedad en la primera visita, tras el diagnóstico y tras ser dadas de alta. Las puntuaciones en la subescala de F-I fueron elevadas tras el alta médica tanto para las mujeres que suprimían como para aquellas que expresaban su ansiedad.
Reddick, Nanda, Campbell, Ryman, y Gaston-Johnsson (2005) (Estados Unidos)	138	45	Mujeres con CM, reclutadas en área de espera para consulta médica. IR: 97.3%. Or Et: caucásicas (n=118). Es Ci: casadas o viviendo en pareja (n=102). Veintiocho por ciento de las participantes había al menos cursado estudios terciarios. Sit Lab: activa (n=92).	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, de administración de cuestionarios de autoinforme.	CSO, STAI, BDI, PFS, VAS	Las mujeres que informaron autoinstrucciones de afrontamiento positivo en mayor medida presentaron niveles significativamente menores de depresión, ansiedad y fatiga que aquellas con bajos puntajes en estrategias de afrontamiento positivas. El catastrofismo mostró una correlación positiva significativa con depresión, ansiedad y fatiga. Las Pts que autoinformaron evitación del catastrofismo puntuaron menos en depresión, ansiedad y fatiga que aquellas que no evitaban el catastrofismo. Las participantes que obtuvieron puntuaciones más altas en autoinstrucciones de afrontamiento positivo, incremento de actividades, evitación del catastrofismo e ignorar el dolor presentaron niveles más bajos de depresión. Las mujeres afroamericanas obtuvieron puntuaciones menores que las caucásicas en 5 de las 7 escalas de afrontamiento, y mayores que éstas últimas en la subescala de rezo y esperanza.
Schou, Ekeberg, y Ruland (2005) (Noruega)	165	56.5	Mujeres con CM que recibían asistencia en un hospital universitario, reclutadas tras la entrevista inicial. IR: 79.5%. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (62%). Cuarenta y uno por ciento de las participantes había obtenido un título universitario. Sit Lab: activa (47%). Noventa y tres por ciento de la muestra había sido diagnosticado con CM en estadios I o II. Crg: Lpt (57%). Trat Ady: 39% de las participantes había recibido tratamiento sistémico (Omt, Tmx, o ambos).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme tras el diagnóstico y 12 meses post-Crg.	VAS, MAC, EORTC QLQ-C30, LOT-R	En promedio, las participantes evaluaron su diagnóstico de CM como un desafío, y utilizaron mayormente estrategias de afrontamiento activo (espíritu de lucha). El uso de estrategias de afrontamiento como fatalismo, preocupación ansiosa y evitación declinó significativamente al cabo de 12 meses. Las estrategias espíritu de lucha y desesperanza/defensa se mantuvieron estables. La calidad de vida no empeoró durante el primer año tras el diagnóstico. El optimismo correlacionó significativamente con la calidad de vida y todos los dominios de funcionamiento pre y post-Crg. Asimismo, optimismo estuvo correlacionado en forma significativa con la evaluación del diagnóstico como un desafío, y en forma negativa con evaluarlo como una amenaza. Optimismo correlacionó también con espíritu de lucha, y negativamente con desesperanza/defensa y preocupación ansiosa en ambas administraciones, y con fatalismo al momento del diagnóstico.

<p>La evaluación del diagnóstico como un desafío correlacionó con funcionamiento emocional en ambas tomas de medidas. Amenaza correlación en forma negativa con los puntajes de calidad de vida al momento del diagnóstico, y con funcionamiento social y emocional post-Crg. Todos los dominios de calidad de vida correlacionaron espíritu de lucha y negativamente con desesperanza/infidelidad pre y post-Crg. Preocupación ansiosa y fatalismo correlacionaron negativamente con las puntuaciones de calidad de vida, y funcionamiento emocional pre-quirúrgico. El fatalismo post-operatorio correlación negativamente con calidad de vida, mientras que la preocupación ansiosa lo hizo con funcionamiento social y emocional. Únicamente la estrategia de afrontamiento de esperanza/infidelidad funcionó como mediador longitudinalmente. Las mujeres con una orientación vital al pesimismo se apoyan en estrategias de afrontamiento nocivas como desesperanza/infidelidad corren riesgo de tener una calidad de vida empobrecida en general, así como peor funcionamiento social y emocional 12 meses tras el diagnóstico.</p>			<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en centros de salud y la American Cancer Society reclutadas inicialmente por carta. IR: 80%. Or Et: caucásicas (n=145). Es Ci: casadas o viviendo en pareja (n=163). An Es M: 14.20. Sit Lab: activa (n=121). Crg: Mst (n=85). Lpt (n=131). Circunventa y un mujeres habían recibido reconstrucción. Trat Ady: Rdt (n=136; 41 en las últimas 4 semanas); Omt (n=88; 30 en las últimas 4 semanas); Tmx (n=85). Est Enf: 0 (n=10); 1 (n=133); 2 (n=87). Setenia y tres de las mujeres informaron historia familiar de CM.</p>	53.45	230	Urcuyo, Bowers, Carver, y Antoni (2005) (Estados Unidos)
<p>El hallazgo de beneficios se relacionó en modo inverso al nivel de estudios alcanzado. Las mujeres afroamericanas e hispanas informaron mayor hallazgo de beneficios que las caucásicas. El pertenecer a una minoría étnica predijo el hallazgo de beneficios en forma significativa. El hallazgo de beneficios se relacionó a optimismo disposicional y la respuesta ante recompensas. Asimismo, el hallazgo de beneficios se relacionó con reconceptualización positiva y afrontamiento religioso. En forma más moderada, se relacionó en forma positiva con afrontamiento activo y aceptación, e inversamente con uso de sustancias. El hallazgo de beneficios presentó una relación inversa con distres y depresión, y positiva con la calidad de vida percibida. En la regresión para predecir el hallazgo de beneficios a partir de diversas variables que estuvieron relacionadas individualmente, se encontró que agrupadas, estas variables contribuyeron el la varianza de hallazgo de beneficios en forma sustancial. Las contribuciones individuales significativas fueron aportadas por educación, reconceptualización positiva, afrontamiento religioso, aceptación, y distres.</p>	<p>LOT-R, BIS/BAS, Brief COPE, CES-D, PMS, SIP, PCBC</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme a los 3, 6 o 12 meses post-Crg.</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en centros de salud privados, reclutadas inicialmente por carta. IR: 80%. Or Et: caucásicas (n=151); afroamericanas (n=26); hispanas (n=59). Es Ci: casadas o viviendo en pareja (n=165). An Es M: 14.24. Sit Lab: activa (n=122). Crg: Mst (n=96); Lpt (n=140). Trat Ady: Rdt (n=141); Omt (n=87); Tmx (n=87). Est Enf: 0 (n=11); 1 (n=137); 2 (n=88). La evaluación tuvo lugar a los 3, 6, o 12 meses desde la Crg.</p>	53.8	236	Culver, Arena, Wimberly, Antoni, y Carver (2004) (Estados Unidos)
<p>La única variable sociodemográfica en que los grupos étnicos difirieron fue años de educación formal, habiendo alcanzado las mujeres caucásicas mayor nivel de estudios que las hispanas y las afroamericanas. Las mujeres hispanas informaron mayores niveles de distres que las afroamericanas o las caucásicas. Las mujeres caucásicas informaron mayor uso del humor que las afroamericanas o las hispanas. Asimismo, las mujeres caucásicas informaron menor uso de afrontamiento orientado a la religión que las afroamericanas o hispanas. El distres correlacionó inversamente con aceptación, afrontamiento religioso, y reinterpretación positiva. El distres correlacionó positivamente con negación, desvinculación comportamental, auto-distracción, expresión emocional, y planificación.</p>	<p>Brief COPE, CES-D</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.</p>	<p>Diadas Pt: cuidador principal de mujeres con CM que recibían asistencia en varios centros y clínicas. IR: 80%. Or Et de las diadas: caucásicas (73%). An Es M: 14. Sit Lab de los cuidadores: activa (72%). Sit Lab de las Pts: activa (43%). La mayoría de los cuidadores eran esposos de las Pts (59%). Crg: Mst (aprox. 2/3); Lpt (aprox. 1/3). Aprox. 1/4 de las Pts habían recibido Crg reconstructiva en la primera intervención. Circunventa y cinco por ciento de las Pts informó que se trataba de su primer recurrencia. Trat Ady: Rdt (24.2%); Omt (73.1%); Tmx (19.9%); transplante de médula espinal (11.8%).</p>	54	189 mujeres con CM.	Kershaw, Northouse, Krittpracha, Schafenacker, y Wood (2004) (Estados Unidos)
<p>Las pacientes informaron un uso significativamente mayor de apoyo emocional, religión, replanteamiento positivo, auto-distracción, expresión emocional y humor, y significativamente menor de alcohol/drogas como estrategias de afrontamiento en comparación a los cuidadores principales. Las mujeres informaron un uso significativamente mayor de estrategias de afrontamiento activo, así como de estrategias de afrontamiento evitativo que los cuidadores. Las Pts que utilizaban un afrontamiento más evitativo presentaron más síntomas de distres, y menor calidad de vida (mental). El afrontamiento activo por parte de las Pts estuvo relacionado con mayor calidad de vida (mental). En las Pts con marcados síntomas de distres, el uso de estrategias de afrontamiento evitativo por parte de los cuidadores estuvo asociado con niveles significativamente menores de calidad de vida en las Pts. Mayor sintomatología de distres en los cuidadores estuvo relacionada a una peor calidad de vida tanto mental como física. El mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativo por parte de los cuidadores estuvo relacionado con menores puntuaciones en SF-mental.</p>	<p>Brief COPE, SF-36, SSOQ</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.</p>	<p>Mujeres con CM que asistían a consulta externa en una clínica de CM, reclutadas durante períodos de espera para consulta externa. IR: 57.6%. Setenta y cuatro por ciento había completado al menos los estudios secundarios. Es Ci: casadas (73%). Sit Lab: activa (aprox. 1/3 de participantes). Tiempo transcurrido desde el diagnóstico: Media 60.7 meses. Circunventa y tres por ciento de las mujeres se encontraban con la Enf activa al momento del estudio. Crg: Mst (58.8%); Lpt (36.8%).</p>	52	189 cuidadores principales	Bishop, y Warr (2003) (Canadá)
<p>Mayores niveles de catastrofismo estuvieron asociados con estilos de afrontamiento caracterizados por la pasividad y dependencia de otras personas. Mayores niveles de catastrofismo estuvieron asociados con un menor uso de estrategias activas, las cuales podrían minimizar el nivel de disrupción vital debida al dolor. El catastrofismo fue la variable más fuertemente asociada con la ansiedad y la depresión.</p>	<p>BPI, PDI, HADS, VPMI, PCS</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.</p>		53.4	68	

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Cohen (2002) (Israel)	39 mujeres con CM primario. 41 mujeres con CM recurrente	60.4 62.3	Mujeres con CM primario y localizado en estadios iniciales un año post-diagnóstico, y mujeres con CM recurrente local o metastásico que recibían asistencia en tres unidades oncológicas, reclutadas inicialmente por carta a partir de los archivos digitales de dichas unidades. IR: y/o Rdt y/o Tmx tras su diagnóstico primario o recurrente. Es Cí del grupo CM primario: casadas (n=34). Es Cí del grupo CM recurrente: casadas (n=29). An Es M: 11 y 12.2 respectivamente. Sit Lab grupo CM primario: activa (n=15). Sit Lab del grupo CM recurrente (n=8).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	SCL-90R, WCO	El grupo CM recurrente obtuvo puntuaciones significativamente mayores en las escalas de ansiedad, depresión, y somatización del SCL-90R, así como en el puntaje total del instrumento. El grupo CM primario autoinformó un empleo significativamente mayor de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y actitud positiva. La edad presentó una correlación positiva con el afrontamiento centrado en el problema, e inversa con ansiedad. El estilo de afrontamiento centrado en la emoción estuvo asociado en forma positiva y significativa a la sintomatología emocional. La triada compuesta por la solución de problemas, actitud positiva y estrategias de búsqueda de apoyo estuvieron asociadas en forma negativa con la sintomatología emocional. El Est Enf fue el predictor más fuerte del puntaje total de severidad de sintomatología orgánica, depresión, y ansiedad. La edad fue el único factor sociodemográfico que predijo el afrontamiento centrado en el problema
Culver, Arena, Antoni, y Carter (2002) (Estados Unidos)	75 mujeres salud privada. 56 mujeres salud pública	53.72 56.29	Mujeres con CM que recibían asistencia en centros de salud privados. IR: no reportado. Or Et: caucásicas (n=70). Es Cí: casadas o viviendo en pareja (n=53). An Es M: 14.63. Sit Lab: activa (n=47). Crg: Mst (n=44); Lpt (n=31). Trat Ady: Rdt (n=27); Omt (n=14); Tmx (n=31). Est Enf: I (n=55); II (n=20). Mujeres con CM que recibían asistencia en hospitales públicos. IR: no reportado. Or Et: hispanas (n=49). Es Cí: casadas o viviendo en pareja (n=20). An Es M: 9.04. Sit Lab: retiradas o amas de casa (n=43). Crg: Mst (n=31); Lpt (n=25). Trat Ady: Rdt (n=28); Omt (n=21); Tmx (n=22). Est Enf: 0 (n=5); I (n=21); II (n=30).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme 2 días antes de la Crg; y 7-10 días; 3, 6, y 12 meses post-Crg.	Brief COPE, CES-D	Las mujeres que habían recibido Rdt presentaron niveles de distrés significativamente mayores 3, 6 y 12 meses post-Crg. Los niveles de distrés no sufrieron grandes cambios a través del tiempo en las mujeres caucásicas, pero se observó una tendencia a incrementar entre las mujeres hispanas. El uso de la negación y la autodistracción como estrategias de afrontamiento se correlacionó positivamente con distrés en todas las medidas. La desvinculación comportamental 3 meses post-Crg predijo mayores niveles de distrés en los meses subsiguientes. La aceptación predijo menores niveles de distrés en los meses subsiguientes. Un mayor nivel de distrés post-quirúrgico predijo menos aceptación 3 meses después, así como más expresión emocional y planeamiento 12 meses después. Un mayor nivel de distrés predijo un uso significativamente menor del replanteamiento positivo entre las mujeres hispanas.
Stanton, Danoff-Burg, y Huggins (2002) (Estados Unidos)	70	52.63	Mujeres con CM que recibían asistencia en una clínica oncológica y un hospital comunitario, reclutadas durante el periodo de entrevistas pre-Crg. IR: 84%. Or Et: caucásicas (n=64). Es Cí: casadas o viviendo en pareja (n=49). An Es M: 14.18. Crg: Mst (n=29); Lpt (n=41). Ninguna de las participantes presentó recurrencia de la Ent durante el estudio.	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme una semana antes de la Crg, 3 y 12 meses post-Crg.	Hope Scale, POMS, COPE, POMS Versión abreviada de 6 ítems de la escala Norhouse	Entre las variables sociodemográficas, únicamente la edad estuvo relacionada significativamente al ajuste psicológico, informando las mujeres mayores menores niveles de distrés en cada administración. Los niveles generales de distrés disminuyeron, en tanto el vigor incrementó a lo largo del año posterior a la Crg. El afrontamiento a través de la aceptación tras el diagnóstico estuvo asociado en forma significativa con menores niveles de distrés y estado afectivo más positivo luego de un año. El afrontamiento evitativo en la administración inicial estuvo relacionado con menores niveles de Distrés POMS a los 3 meses, pero mayor temor a la recurrencia al cabo de un año. La reinterpretación positiva inicial estuvo asociada a mayor distrés al cabo de un año. En la administración a los 12 meses tras la Crg, las mujeres mayores informaron menores niveles de Distrés POMS, mayor Vigor POMS, y menor temor a la recurrencia. Las mujeres que aceptaban su diagnóstico previo a la Crg presentaban menor distrés y tenían más vigor al cabo de un año que aquellas con bajo nivel de aceptación. Cuando las mujeres tenían bajas puntuaciones en esperanza, el volcarse a la religión como estrategia de afrontamiento al momento del diagnóstico predijo un mejor ajuste a lo largo del tiempo. En contraste, volcarse a la religión predijo un peor ajuste en las mujeres con altos puntajes de esperanza. Las estrategias de afrontamiento predijeron el ajuste únicamente en las participantes con puntajes altos en esperanza. Altas puntuaciones en esperanza predijeron menor temor a la recurrencia 3 meses tras la Crg en caso de haber afrontado haciendo uso de la reinterpretación positiva al momento del diagnóstico; y se predijo que presentarían menores niveles de Distrés POMS al cabo de un año si al momento del diagnóstico, hubieran hecho menor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, o mayor búsqueda de apoyo social.

<p>Bourjolly y Hirschman (2001) (Estados Unidos)</p>	<p>61 mujeres caucásicas. 41 mujeres afroamericanas.</p>	<p>60.6 63.5</p>	<p>Mujeres con CM, reclutadas en muestreo por conveniencia, que recibían asistencia en la unidad ambulatoria de Rdt oncológica de un hospital universitario. IR: 79.7%. Se incluyó únicamente mujeres en estadios tempranos y que hubieran recibido Lpt, o Crg conservadora, y Rdt. Seletnia y siete por ciento de las caucásicas habían cursado estudios terciarios, mientras que 63.4% de las afroamericanas habían cursado o concluido el secundario. Seletnia y dos por ciento de las caucásicas estaba casada, versus 39% de las afroamericanas. Ochenta por ciento de las afroamericanas y 31% de las caucásicas vivía en la ciudad. Ent: I: caucásicas (71%); afroamericanas (64%). Seletnia y cinco por ciento de las mujeres caucásicas y 85% de las afroamericanas no habían recibido Omt. La mayoría tampoco había recibido Tmx (caucásicas: 74%; afroamericanas: 85%). El tiempo transcurrido desde el tratamiento por Rdt y el estudio varió significativamente entre ambos grupos (caucásicas: 5.8 años; afroamericanas: 3.8 años).</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.</p>	<p>WCO, SNG</p>	<p>No se encontraron diferencias significativas en afrontamiento entre ambos grupos. La estrategia de afrontamiento más empleada por las participantes fue búsqueda de apoyo social, seguido de reinterpretación positiva, solución de problemas planificada, auto-control, distanciamiento, escape-avoidance, afrontamiento de confrontación, y aceptación de responsabilidad, en ese orden. Las mujeres caucásicas informaron en mayor medida que recibían apoyo de sus esposos, hijos y amigos. Las mujeres afroamericanas informaron mayor apoyo de D s. Mayor cantidad de mujeres caucásicas informaron que recibían apoyos concreto, emocional, e información o consejos por parte de sus esposos y por parte de sus amigos; así como recibían los tres tipos de apoyo por parte de sus hijos en mayor medida. El único dominio del que mayor número de mujeres afroamericanas informaron que recibían apoyo fue de D s. Las mujeres caucásicas, con mayores ingresos, fueron más proclives que las afroamericanas con menores ingresos a informar apoyo por parte de sus esposos. Tener menor nivel de ingresos estuvo asociado a haber alcanzado un nivel de estudios menor al de secundario. Era más probable que las mujeres caucásicas recibieran apoyo por parte de sus hijos, hubieran finalizado al menos estudios secundarios, y fueran mayores de 50. Las mujeres caucásicas informaron que recibían apoyo por parte de amigos en mayor medida. Haber cursado al menos 12 años de estudios formales, predijo que las mujeres fueran 5 veces más proclives a informar que recibían apoyo de amigos. Las mujeres afroamericanas fueron más proclives que las caucásicas a informar apoyo por parte de D s. Or. El, menor nivel de ingresos, haber cursado estudios formales inferiores al secundario, y la edad, también fueron buenos predictores individualmente del apoyo percibido de D s.</p>
<p>Stanton et al. (2000) (Estados Unidos)</p>	<p>92</p>	<p>51.56</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en 5 clínicas oncológicas, reclutadas durante períodos de espera para tratamientos. IR: 83%. Or Et: caucásicas (87%). Es Ci: casadas (78%). An Es M: 15.09. Sit Lab: activa (69%). Crg: Mst (39%); Lpt (48%). Trece por ciento de las mujeres había recibido ambos procedimientos quirúrgicos. Dieciséis por ciento había recibido Crg reconstructiva. Tra: Ady: Rdt (58%). Omt (60%). Tmx (45%). Tratamiento psicológico profesional de la salud en relación al CM (28%).</p>	<p>Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme tras 20 semanas de haber culminado el tratamiento principal, y 3 meses después.</p>	<p>COPE, EACS, Hope Scale, FACT, POMS</p>	<p>Las mujeres más jóvenes informaron más distres POMS que las mayores. Las puntuaciones medias obtenidas en la Hope Scale fueron sustancialmente menores que aquellas informadas por mujeres de estudiantes universitarias, y mayores que los informados por individuos en tratamiento psicológico. El afrontamiento de aproximación emocional fue empleado con mayor frecuencia cuando las mujeres percibían sus contextos sociales como receptivos y cuando obtenían puntajes altos en esperanza. En general, un mayor uso de afrontamiento de aproximación emocional estuvo asociado con ajuste psicológico y físico más positivo. Un mayor uso de afrontamiento por medio de la expresión emocional estuvo asociado con mejor salud percibida y vigor, menor nivel de distres psicológico, y menor cantidad de visitas médicas en relación al CM en los 3 meses siguientes al inicio del estudio. Únicamente la calidad de vida en FACT no pudo predecirse significativamente por la expresión emocional. De modo contrario a las hipótesis, las mujeres que afrontaban por medio del procesamiento emocional en la primera administración, tuvieron mayores niveles de distres POMS al cabo del tiempo. Quiénes utilizaron estrategias de afrontamiento de evitación presentaron mayor distres e informaron emociones positivas en menor medida al cabo del tiempo. Las participantes con altos puntajes en aceptación, informaron mejoras en su calidad de vida al cabo de 3 meses. Quiénes empleaban un afrontamiento religioso, informaron un descenso en sus niveles de distres al cabo del tiempo. La esperanza predijo en forma significativa el afrontamiento por medio de la expresión emocional, la salud percibida, y el vigor POMS. El afrontamiento por medio de la expresión emocional se relacionó con distres POMS, y a las visitas médicas vinculadas al CM, únicamente para aquellas mujeres con puntajes altos en esperanza; siendo el primero, beneficioso en términos de informar menor distres y menos visitas médicas. Para las mujeres que pertenecían a contextos sociales altamente receptivos, le frecuente expresión emocional estuvo relacionada con una mejor calidad de vida.</p>
<p>Osowiecki y Compas (1999) (Estados Unidos)</p>	<p>70</p>	<p>54.86</p>	<p>Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme 10 días aprox., 3 y 6 meses aprox. Post-diagnóstico.</p>	<p>SCL-90-R, CSI</p>	<p>El afrontamiento estuvo relacionado con sintomatología de ansiedad/depresión al momento del diagnóstico y 6 meses tras el mismo. El afrontamiento de vinculación centrado en el problema estuvo asociado a menor sintomatología de distres al momento del diagnóstico y esta asociación se aproximó a la significación 6 meses tras el diagnóstico. El afrontamiento de desvinculación centrado en la emoción presentó una relación con niveles más altos de ansiedad/depresión 6 meses tras el diagnóstico.</p>	

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Schnoll, Harlow, Solbach, y Brandt (1998) (Estados Unidos)	100	44	Mujeres con CM que recibían asistencia en clínicas oncológicas. Es Ci: casadas (n=66). Ah Es M: 90% había cursado al menos estudios terciarios. Est Enf: II (n=52); IV (n=48).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme	MAC, BSI, FLIC	La interacción entre control percibido y afrontamiento de vinculación centrado en el problema se relacionó a los síntomas de ansiedad/depresión al momento del diagnóstico. La interacción entre control percibido y afrontamiento de desvinculación centrado en el problema fue próxima a la significación a los 6 meses del diagnóstico, prediciendo mayor sintomatología de ansiedad/depresión entre los 3 y 6 meses tras el diagnóstico. La distinción entre afrontamiento de vinculación/de desvinculación tuvo mayor impacto en relación al estrés que la distinción de afrontamiento centrado en el problema/centrado en la emoción. Hubo buen sustento de un modelo mediacional de ajuste psicológico, tanto desde edad como desde Est Enf a través de la mediación del estilo de afrontamiento. Siendo el estilo de afrontamiento se presenta como central para la comprensión del ajuste psicológico, un modelo que incluya la edad y Est Enf es ligeramente mejor. Las mujeres mayores y tienen CM en estadio IV presentan en menor medida espíritu de lucha, mayor grado de desesperanza/defensa, más fatalismo, preocupación ansiosa, depresión, ansiedad, y su calidad de vida empobrecida en comparación a las mujeres más jóvenes en estadio II. Por lo tanto, el estilo de afrontamiento se encuentra significativa y sustancialmente relacionado con ajuste psicológico mediando la relación entre edad y Est Enf por un lado, y ajuste psicológico por el otro.
Thomas, y Marks (1995) (Reino Unido)	61	52.3	Mujeres con CM en estadios tempranos que asistían a control de seguimiento externo en una clínica oncológica, reclutadas en la sala de espera. Las Pres. habían sido diagnosticadas al menos un año antes del estudio. IR: 98.4%. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (n=45). Veinte de las mujeres habían sido diagnosticadas menos de 2 años antes del estudio; 29 de ellas, entre 2 y 5 años antes; seis, de 6 a 10 años antes; y 6, hacía ya más de 10 años desde el diagnóstico. La mayoría de las mujeres se encontraba en remisión; ocho de ellas presentaban recidiva de Enf.	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	COPE, Afectómetro 2	Aceptación y replanteamiento positivo fueron las estrategias de afrontamiento más frecuentemente informadas por las participantes. Las puntuaciones de Afectómetro estuvieron positivamente relacionadas únicamente con la sub-escala de replanteamiento positivo. Se observaron relaciones negativas significativas entre Afectómetro y 7 subescalas de COPE. No se observó relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las estrategias de afrontamiento empleadas por las participantes. No existieron diferencias significativas entre las Pts con recidiva o en remisión de CM, sea en el número de estrategias empleadas, como en las puntuaciones de Afectómetro.
Morris, Pettigale, K., y Haybittle (1992) (Inglaterra)	61 mujeres caucásicas. 41 mujeres afro-americanas.	60.6 63.5	Mujeres con CM que recibían asistencia en dos hospitales, reclutadas al momento del diagnóstico para posterior contacto y administración. IR: no reportado. Se incluyó únicamente mujeres en estadios tempranos y que hubieran recibido Lpt, o Crig conservadora, y Rdt. Seletnia y siete por ciento de las caucásicas habían cursado estudios terciarios, mientras que 63.4% de las afroamericanas habían cursado o concluido el secundario. Seletnia y dos por ciento de las caucásicas estaba casada, versus 39% de las afroamericanas. Ochoenta por ciento de las afroamericanas y 31% de las caucásicas vivía en la ciudad. Est Enf: I caucásicas (71%); afroamericanas (64%). Seletnia y cinco por ciento de las mujeres caucásicas y 85% de las afroamericanas no habían recibido Qmt. La mayoría tampoco había recibido Tmx (caucásicas: 74%; afroamericanas: 85%). El tiempo transcurrido desde el tratamiento por Rdt y el estudio varió significativamente entre ambos grupos (caucásicas: 5.8 años; afroamericanas: 3.8 años).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme 3, 6, y 9 meses tras el diagnóstico; y una entrevista semiestructurada a los 12 meses desde el diagnóstico. Se efectuó un seguimiento transcurridos los 5 años.	WDI, STAI, MHLCS, CECS	A partir del análisis de las entrevistas, de las respuestas y comportamientos de las Pts, se observó que quienes habían percibido el diagnóstico como una "severa amenaza en todos los aspectos de la vida" presentaron una sobrelvida media menor respecto a quienes no lo hacían. Estas Pts eran más proclives que aquellas que no presentaban dicha actitud a informar niveles más altos de depresión 3 meses tras el diagnóstico. Quienes habían fallecido, sin embargo, no estaban significativamente más deprimidas que aquellas que seguían con vida 5 años después. Las mujeres con CM que habían hecho uso de "confrontación" en mayor medida, era más probable que hubieran fallecido 5 años después

APÉNDICE C
Tabla 3. Estudios de Sintomatología Depresiva en Mujeres con Cáncer de Mama post-cirugía.

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Robles, Morales, Jiménez, y Morales (2009) (México)	230	50.3	Mujeres con CM que recibían asistencia en un hospital, reclutadas por muestreo no probabilístico por conveniencia. IR: 95.8%; Es Ci: casadas o viviendo en pareja (64.8%); An Es: 56.6% había cursado estudios primarios completos o incompletos. Sit Lab: actividad no remunerada (62.6%); Status menopáusico: post-menopausia (60.9%); Est Enf: I (5.8%); II (44.9%); III (28.4%); IV (10.7%); recurrente (8.9%); afectación mamaria bilateral (4%); no especificado (1.3%)	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	HADS, PANAS, SSO	Las variables clínicas y estadísticamente diferentes entre los grupos de mujeres con y sin depresión o ansiedad fueron: el número de personas que brinda apoyo a la Pi, siendo próximo al doble para aquellas sin diagnóstico psicológico; la afectividad positiva, que como estado y rasgo fue mayor entre las mujeres que no se encontraban deprimidas, y que solo como estado fue mayor para aquellas que no presentaban ansiedad clínicamente significativa; la afectividad negativa como rasgo y estado, que fue mayor en gran medida en los grupos de mujeres con depresión o ansiedad. La severidad de la sintomatología depresiva disminuyó conforme se informó mayor afectividad positiva, y aumentó significativamente a medida que se informó mayor puntaje de afectividad negativa. La severidad de la sintomatología ansiosa disminuyó significativamente en tanto incrementó la afectividad positiva, y aumentó en forma clínica y estadísticamente relevante en tanto se registraron mayores puntuaciones de afectividad negativa. A medida que aumentó la cantidad de personas que proveen de apoyo social a la Pi, disminuyó significativamente la severidad de sintomatología depresiva y ansiosa. No se observó correlación estadísticamente significativa entre el grado de satisfacción con el soporte social y la severidad de la depresión o la ansiedad. Las variables que resultaron predictoras de sintomatología depresiva fueron: afecto positivo en la última semana, afecto negativo en la última semana, número de personas que brindan apoyo social, afecto negativo generalmente, y tiempo de evolución de la Enf. Las variables predictoras de sintomatología ansiosa fueron: afecto negativo en la última semana, afecto positivo en la última semana, afecto negativo generalmente, y número de personas que proveen de apoyo social. Una semana tras la Crg, los niveles de depresión y ansiedad informados fueron significativamente menores a los de la línea base para las mujeres con cualquiera de los niveles educativos informados. El mayor cambio en las puntuaciones de ansiedad se observó en las mujeres con estudios universitarios. Los niveles de depresión y ansiedad descendieron significativamente tras la Crg en las mujeres laboralmente activas; mientras que tales niveles se mantuvieron estables para las mujeres jubiladas o desempleadas. Para las mujeres casadas, los niveles de depresión y ansiedad descendieron significativamente al cabo de una semana tras la Crg, alcanzando niveles moderados; mientras que las PIs solteras, viudas, o divorciadas no presentaron cambios en los niveles de depresión y leve cambios en las puntuaciones de ansiedad. Al cabo de una semana tras la Crg, las puntuaciones M de depresión en las mujeres casadas fueron más bajas que las de aquellas solteras, viudas o divorciadas; un efecto similar se observó en las mujeres empleadas respecto de las desempleadas o jubiladas. Las puntuaciones M de ansiedad no fueron significativamente diferentes en función de la Sit Lab o Es Ci en esta toma de medidas. Únicamente la Sit Lab y Es Ci predijeron independientemente la depresión al cabo de una semana tras la Crg. La edad también estuvo asociada significativamente con depresión. Las mujeres cuyas edades estaban comprendidas entre los 50 y 59 años tuvieron 99% menos probabilidades de alcanzar el punto de corte de depresión que el grupo de mayores de 70 años.
Bulliené, Vesellunas, Ostapenko, y Furmonavicius (2008) (Lituania)	117	54.1	Mujeres con CM es Est Enf tempranas que recibían asistencia en departamento de cirugía oncológica de un hospital, reclutadas durante periodos de espera previo a la Crg. IR: no reportado. Es Ci: casadas (n=70); An Es: universitarias (n=61); Sit Lab: activa (n=77).	Estudio longitudinal, descriptivo de administración de cuestionarios de autoinforme antes de la Crg, y 6-7 días después de la Crg.	HADS	Una semana tras la Crg, los niveles de depresión y ansiedad informados fueron significativamente menores a los de la línea base para las mujeres con cualquiera de los niveles educativos informados. El mayor cambio en las puntuaciones de ansiedad se observó en las mujeres con estudios universitarios. Los niveles de depresión y ansiedad descendieron significativamente tras la Crg en las mujeres laboralmente activas; mientras que tales niveles se mantuvieron estables para las mujeres jubiladas o desempleadas. Para las mujeres casadas, los niveles de depresión y ansiedad descendieron significativamente al cabo de una semana tras la Crg, alcanzando niveles moderados; mientras que las PIs solteras, viudas, o divorciadas no presentaron cambios en los niveles de depresión y leve cambios en las puntuaciones de ansiedad. Al cabo de una semana tras la Crg, las puntuaciones M de depresión en las mujeres casadas fueron más bajas que las de aquellas solteras, viudas o divorciadas; un efecto similar se observó en las mujeres empleadas respecto de las desempleadas o jubiladas. Las puntuaciones M de ansiedad no fueron significativamente diferentes en función de la Sit Lab o Es Ci en esta toma de medidas. Únicamente la Sit Lab y Es Ci predijeron independientemente la depresión al cabo de una semana tras la Crg. La edad también estuvo asociada significativamente con depresión. Las mujeres cuyas edades estaban comprendidas entre los 50 y 59 años tuvieron 99% menos probabilidades de alcanzar el punto de corte de depresión que el grupo de mayores de 70 años.
Suárez y Rueda (2007) (Colombia)	80	58.1	Mujeres con CM que habían sido intervenidas con Mst sin reconstrucción, recibían asistencia en un hospital universitario y dos clínicas oncológicas, reclutadas por muestreo no probabilístico por conveniencia durante periodos de espera para control médico. IR: no reportado. El tiempo mínimo transcurrido desde la cirugía al momento del estudio era de 2 semanas. Ninguna de las PIs se encontraba recibiendo Trat Ady de Omt o Rdt al momento del estudio. IR: no reportado. Es Ci: casadas o viviendo en pareja (51.3%); Cuarenta y tres por ciento de las participantes había cursado estudios primarios. Sit Lab: activa (76.2%); Sesenta y cinco por ciento de PIs se identificó como perteneciente a un estrato socioeconómico medio.	Estudio ex post facto, descriptivo, de tipo correlacional, de administración de cuestionarios de autoinforme	SCID I, Escala para la evaluación del dolor de Keel	La prevalencia observada de TDM fue de 42.5%. Tal prevalencia fue mayor cuando las mujeres habían tenido problemas vinculados a la Crg (88.2%) y menor entre las mujeres que contaban con apoyo social (8.7%). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre TDM y tiempo transcurrido desde la Crg, edad, An Es, Es Ci, Sit Lab, nivel socioeconómico, ni puntuaciones informados en la escala Keel

Referencia del Estudio (País)	N	Edad M	Participantes	Diseño y metodología de estudio	Instrumentos	Principales Resultados
Bulotienė, Ostapenko, y Vessellimas (2006) (Lituania)	117	no reportada	Mujeres con CM en Est tempranos que recibían asistencia en el departamento de Cgr y oncología mamaria de un hospital. IR: no reportado. Es Ci: casadas (60%). Año Es: 52% había cursado estudios universitarios. Sit Lab: activa (67%).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme 1-2 días pre-Crg, una semana post-Crg, y 9 meses después.	HADS	La sintomatología depresiva y ansiosa clínicamente significativa pre-Crg fue informada mayormente por PIs con estudios terciarios. Una semana después de la Crg los niveles de ansiedad y depresión en todos los grupos por nivel educativo. El descenso más significativo en los niveles de depresión se observó en las mujeres con estudios terciarios no-universitarios, mientras que el mayor descenso en los niveles de ansiedad se observó entre las PIs con estudios universitarios. Nueve meses tras la Crg, los niveles de ansiedad y depresión entre las mujeres con estudios universitarios disminuyeron, mientras que las mujeres con estudios secundarios completos o incompletos informaron un aumento en tales niveles. La tasa más elevada de sintomatología depresiva y ansiosa pre-quirúrgica se observó entre las mujeres laboralmente inactivas, mientras que los niveles más bajos de ansiedad fueron informados por las mujeres jubiladas. Una semana después de la Crg, los niveles de depresión y ansiedad descendieron para las mujeres jubiladas. Nueve meses tras la Crg, los niveles de depresión y ansiedad se mantuvieron estables o disminuyeron para las mujeres jubiladas, mientras que entre las mujeres laboralmente activas aumentaron. Antes de la Crg, el nivel de ansiedad de las mujeres divorciadas o viudas era menor que el de las casadas o solteras, mientras que el nivel de depresión fue mayor. Una semana después de la Crg, los niveles de depresión y ansiedad descendieron en todos los grupos por Es Ci. El descenso menos notable en la sintomatología depresiva y ansiosa se observó entre las mujeres divorciadas o viudas. Nueve meses tras la Crg, los niveles de depresión entre las mujeres casadas aumentaron; en menor medida aumentaron los de ansiedad, que también lo hicieron para las PIs solteras. En los demás grupos por Es Ci, la tasa de depresión y ansiedad descendió 9 meses post-Crg.
De Shields, Tibbs, Fan, y Taylor (2006) (Estados Unidos)	84	55.6	Mujeres con CM, que recibían asistencia en la unidad de Rdt oncológica de un hospital universitario. IR: 66%. Or Et: caucásicas (73%). Es Ci: casadas o viviendo en pareja (61%). Año Es: 12 años o más (62%). Sit Lab: inactiva (60%). Sesenta y dos por ciento de las PIs no convivía con hijos. Est Enf: I o II (83%). Trat Ady: Omt (48%). Sentencia por ciento de las PIs recibirían Tmx tras el Trat de Rdt. Crg: CrgC (77%); Mst (12%); Mst con reconstrucción (11%).	Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme el último día de Trat Ady de Rdt, a los 3, y 6 meses posteriores a la finalización de su Trat Ady de Rdt.	CES-D, STAI, FACT-B	El último día del Trat, los niveles de depresión de las PIs fueron significativamente mayores que los de la población femenina general, informando el 30% de la muestra niveles clínicamente significativos de depresión. Las puntuaciones M de depresión descendieron significativamente a través del tiempo, entre la administración 1 y 3. En los 3 tiempos evaluados, aproximadamente una cuarta parte de PIs informó niveles clínicamente significativos de depresión, siendo únicamente 10 las PIs que lo hizo en los 3 tiempos. Sesenta y un por ciento de PIs estuvo comprendida en la categoría de nunca estuvo deprimida, siendo el grupo que le siguió en tamaño (14%) en de dudoso o fluctuante. Las mujeres agrupadas en la categoría de quienes se habían vuelto deprimidas, convivían con hijos en medida significativamente mayor, y el grupo dudoso o fluctuante lo hacía en medida significativamente menor que las mujeres del grupo nunca estuvo deprimida. Las puntuaciones de STAI y CES-D estuvieron correlacionadas en forma positiva y significativa, así como las puntuaciones de CES-D estuvieron correlacionadas en forma inversa y significativa con los de FACT-B en todas las administraciones. Todos o la mayoría de grupos identificados en base a CES-D informaron mayores niveles de ansiedad y peor calidad de vida que las mujeres que nunca habían estado deprimidas en los tres tiempos en que se evaluó. El grupo de quienes se habían recuperado informó mayores mejoras en los niveles de ansiedad, así como en la calidad de vida entre el tiempo 1 y el 2 que quienes nunca habían estado deprimidas. Lo mismo ocurrió entre el tiempo 1 y 3 para calidad de vida.
Wong-Kim y Bloom (2005) (Estados Unidos)	331	45	Mujeres con CM menores de 51 años que recibían asistencia en centros oncológicos de 5 condados, identificadas a partir de registros locales y reclutadas por carta. IR: 80%. Or Et: caucásicas (70%). Es Ci: casadas (80%). Educación formal: estudios universitarios incompletos o completos (n=184).	Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.	CES-D, RSES, Escala de apoyo de Flamer	En el modelo de regresión en el que se incluyeron variables biológico/clínicas como predictoras, únicamente dolor corporal, como efecto secundario del Trat predijo en forma significativa los niveles de depresión informados. En el modelo en que se combinaron variables biológicas y psicológicas, fueron predictores significativos de sintomatología depresiva: dolor corporal, autoestima, y apoyo emocional. En el modelo en que se incluyeron variables biológicas, psicológicas y sociales, predijeron los niveles de sintomatología depresiva: dolor corporal, autoestima, apoyo emocional, y edad. Mientras que dolor corporal estuvo asociado en forma positiva con sintomatología depresiva, mientras que autoestima, apoyo emocional y edad (las mujeres menores informaron mayor sintomatología que las mujeres de más edad) estuvieron inversamente asociados con sintomatología depresiva.

<p>Golden-Kreutz y Andersen (2004) (Estados Unidos)</p>	<p>210</p>	<p>51</p>	<p>Mujeres con CM en Est II o III, que recibían asistencia en un instituto oncológico universitario, reclutadas en periodos de espera para consulta médica post-quirúrgica. IR: 52%. Or Et: caucásicas (90%). Es Ci: en pareja (72%). Veintiocho por ciento había tenido entre 13 y 15 años de estudio, e igual porcentaje percibía 80.000 dólares americanos o más anualmente. Crg: Mst (59%), CrgC (41%). Est Enf: II (89%); III (11%). El tiempo M transcurrido desde la Crg al momento del estudio fue de 36.20 días</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme.</p>	<p>CES-D, Escala de eventos vitales diseñada para el estudio Women's Health Initiative, PSS, IES, Goldberg's Big Five Factor Measures</p>	<p>Los niveles de sintomatología depresiva de 18% de Pts alcanzaron o superaron el punto de corte clínicamente significativo. Seletia y cuatro por ciento de Pts habían experimentado al menos un evento estresante en el año previo al diagnóstico de CM. Entre las diferentes medidas de estrés y variables control, las siguientes estuvieron significativamente correlacionadas con sintomatología depresiva: neuroticismo y Or Et. Buscando correlacionar eventos estresantes, estrés global, y estrés traumático asociado al cáncer con sintomatología depresiva, se observó que únicamente el evento vital estresante de haber tenido una importante dificultad financiera estuvo correlacionado significativamente con las puntuaciones en CES-D. Las puntuaciones totales de IES, y PSS estuvieron significativamente correlacionadas con los de CES-D.</p>
<p>Rittenband y Spielberger (2001) (Estados Unidos)</p>	<p>28 mujeres con CM. 33 mujeres saludables. 27 mujeres con patología psicológica.</p>	<p>58.6 54.18 40.85</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en un hospital, reclutadas durante periodos de espera para tratamientos. IR: no reportado. Or Et: caucásicas (92.6%). Es Ci: casadas (75.9%), An Es: 12-16 (52.8%), Est Enf: II o III (83.4%). Sesiones de Omt recibidas al momento del estudio: 3-5 (74%). Mujeres saludables, reclutadas a partir de la comunidad zonal. Or Et: caucásicas (93.2%). Es Ci: casadas (67.8%), An Es: 12-16 (63.8%). Mujeres con patología psicológica, reclutadas entre las Pts de un hospital psiquiátrico. Or Et: caucásicas (76.5%). Es Ci: no casadas (74.6%), An Es: 12 o menos (55%). Nota: en este estudio se evaluaron también hombres con cáncer de próstata, hombres saludables, y con patología psicológica. Únicamente recogemos los datos obtenidos a partir de la muestra femenina por revestir interés para la presente revisión</p>	<p>Estudio ex post facto, descriptivo, comparativo, de tipo correlacional, predictivo de administración de cuestionarios de autoinforme</p>	<p>BDI para evaluar depresión, STPI-D, SCID</p>	<p>Las Pts con cáncer obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que la muestra saludable en BDI, debido enteramente a la diferencia existente en las puntuaciones en la escala de desempeño/somática entre ambos grupos. No se observaron diferencias en la subescala cognitivo/afectiva entre las Pts con cáncer y la muestra saludable. Las Pts con cáncer obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las participantes control en la subescala de depresión-estado del STPI, debido a los bajos niveles de eulimia informados por las Pts con cáncer. No se observaron diferencias en la subescala de depresión-rasgo entre grupo saludable y CM. Las Pts psiquiátricas obtuvieron puntuaciones sustancialmente más altas en depresión-BDI y STPI, y sustancialmente más bajas en la medida de eulimia del STPI que las Pts CM, que el grupo control. Se observaron diferencias significativas entre Pts CM y psiquiátricas en todas las medidas, excepto en la subescala de desempeño/somática, y en los niveles de eulimia-estado. Los menores niveles de sintomatología depresiva, informados a través de puntuaciones BDI total, de las Pts CM respecto de las psiquiátricas, se debió a los mayores puntuaciones de estas últimas en la subescala cognitivo/afectiva. De modo similar, las puntuaciones más sustancialmente más altas observadas en las Pts psiquiátricas en depresión-estado, se debieron principalmente a los mayores niveles de distimia, informados, ya que ambos grupos informaron niveles similares de eulimia.</p>
<p>Montazeri et al. (2000) (Iran)</p>	<p>168</p>	<p>42.7</p>	<p>Mujeres con CM que recibían asistencia en un hospital universitario, reclutadas en su primera visita médica, antes de que se arribara a un diagnóstico. IR: 100%. Es Ci: casadas (68%), An Es: 47% había cursado estudios primarios. Crg: Mst (83%), CrgC (9%), Trat Ady: Omt (7%); sin Trat activo (1%).</p>	<p>Estudio longitudinal de administración de cuestionarios de autoinforme antes del diagnóstico y 3 meses después del diagnóstico.</p>	<p>HADS, ECOG</p>	<p>Casi la mitad de Pts (48%) informo niveles severos de ansiedad en ambas tomas de medidas. Más del 60% de Pts informo puntuaciones que se corresponden con niveles normales en la subescala de depresión de HADS en ambas tomas de medidas. Dieciocho por ciento de Pts presentaron niveles severos de sintomatología depresiva en la línea base, y este porcentaje aumentó al 22% al cabo de 3 meses, sin que existieran diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos tiempos evaluados. Las Pts con CM meliásico informaron mayores niveles de depresión y ansiedad en ambos tiempos. De modo similar, quienes obtuvieron puntuaciones más pobres en status funcional, informaron también mayor sintomatología depresiva y ansiosa en ambos tiempos evaluados. Hubo una correlación significativa entre el hecho de ser soltera y mayores niveles de ansiedad. Las mujeres más jóvenes informaron niveles significativamente más altos de depresión y ansiedad que las mayores en el tiempo 1. En el tiempo 1 las puntuaciones en HADS obtenidos fueron homogéneas. Las Pts diagnosticadas de CM informaron significativamente mayor sintomatología depresiva y ansiosa en el tiempo 2.</p>