



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA

“ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL HGR1 IMSS
QUERÉTARO”

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: MÉD. GRAL MARIELA CORTES RUIZ

ASESOR DE TESIS
DRA. ROXANA GISELA CERVANTES BECERRA

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO ABRIL 2019



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

**ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
MASTECTOMIZADAS DEL HGR1 IMSS QUERÉTARO**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Mariela Cortés Ruiz

Dirigido por:

Med. Esp. Roxana Gisela Cervantes Becerra

SINODALES

Med. Esp. Roxana Gisela Cervantes
Becerra

Presidente

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Secretario

Med. Esp. Leticia Blanco Castillo

Vocal

Med. Esp. Martha Leticia Martínez
Martínez

Suplente

Med. Esp. Ma. Azucena Bello Sánchez
Suplente

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo De
Larrea

Director de la Facultad de Medicina

Dra. Ma Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Abril, 2019

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama representa el 31% de todos los cánceres en la mujer a nivel mundial, existen varios tratamientos de acuerdo con el tamaño del tumor y extensión a ganglios u otro órgano, dentro de estos la mastectomía, la cual es un estresor de gran impacto en la mujer con cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales. Dentro de los desórdenes emocionales, se encuentra la depresión, una afección comórbida que afecta al 15-30 % de pacientes mastectomizadas, sin embargo, se ha podido constatar que algunas pacientes logran no sólo superar la adversidad, sino incluso salir fortalecidos de ella. A estas personas se las llama resilientes. La resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar la situación. **Objetivo:** Identificar la asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Delegación Querétaro. **Material y métodos:** Diseño transversal, comparativo, prospectivo, en pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía del HGR1 IMSS Querétaro. Muestreo no aleatorio por cuota. Tamaño de muestra de 75 pacientes para cada grupo, calculada con la fórmula para dos proporciones. **Instrumentos:** Cédula de recolección de datos donde se interrogaron variables sociodemográficas, variables de familia, variables clínicas y 2 instrumentos: escala para depresión de Beck y la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M). Dicho estudio se encuentra sujeto a normas éticas internacionales. Se empleó estadística descriptiva por medio de frecuencias, porcentajes y estadística inferencial con χ^2 , razón de momios. **Resultados:** El promedio de edad en ambos grupos fue homogéneo, para el grupo 1 correspondió a 51.85 años y para el 2 de 50.67 ($p=.247$, IC 95% -8.26-10-62). En cuanto a las características sociodemográficas predominó la escolaridad secundaria, grupo 1 con 54.1% y grupo 2 con 52.6 % (χ^2 3.17, $p=.529$), en estado civil se presentaron las pacientes casadas (χ^2 2.84, $p=.584$); la ocupación que prevaleció en el grupo 1 fue obrera con 31.1% y para el grupo 2 empelada con 35.5 % (χ^2 6.55 $p=.256$); el número de hijos predominó 2 ($\chi^2 = -2.138$ IC 95%, -0.631a -0.025), el promedio de tiempo de diagnóstico para el grupo 1 fue de 19.07 meses y para el grupo 2 de 17.50 meses ($\chi^2=1.902$ IC 95%, -0.61-3.19), el tiempo de haber realizado la mastectomía en el grupo 1 correspondió a 12.49 meses y grupo 2 fue de 8.72 ($\chi^2= 2.067$ IC.165-7.36). Dentro de las variables que conforman resiliencia se determinó una asociación significativa con cada esfera. **Conclusiones:** Se presentó homogeneidad en las variables edad, escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo de diagnóstico y realización de mastectomía en ambos grupos. Existe asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama. El ser resiliente en cada una de las esferas es un factor protector para no presentar depresión.

Palabras clave: Resiliencia, depresión, mastectomía.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer represents 31% of female cancers worldwide, there are several treatments depending on the size of the tumor and invasion into nodes or other organs, mastectomy among them, which is an impactful source of stress in women with hormonal, sexual, reproductive, and psychological and social alterations. Within the emotional disorders, depression is found - a comorbid affection that affects 15-30% of mastectomized patients, though it has been proven that some patients have not only been able to overcome such difficulties, but have emerged stronger from them. These people are called resilient. Resilience is not a dimensional or a dichotomous attribute that individuals have or have not; it implies the possession of multiple abilities in some level that help individuals to cope.

Objective: Identify the relationship between resilience and depression in mastectomized patients at the HGR1 IMSS Querétaro. **Material and Methods:** Cross-sectional design, comparative, prospective, in patients with breast cancer who underwent mastectomy in HGR1 IMSS Queretaro. Non-random quota sampling. Sample size: 75 patients for each group, calculated with 2-proportion formula. **Instrument:** Data collection card where sociodemographic, family and clinical variables were interrogated and 2 instruments: Beck depression inventory and Mexican Resilience Scale (RESI-M). Said study is under international ethical standards. Descriptive statistics were used by means of frequencies, percentages and inferential statistics with chi², odds ratio. **Results:** The mean age in both groups was homogenous, for group 1 corresponded to 51.85 years and for group 2 of 50.67 (p=0.247, 95% CI -8.26-10-62). As for the sociodemographic characteristics in both groups, there was a predominance of secondary schooling (chi², 3.17, p = .529), married women presented chi².284, p= .584; The occupation that prevailed in group 1 was worker with 31.1% and for group 2 with 35.5% (chi² 6.55 p = .256); The number of children who presented the patients was 2 for the group (chi² = -2.138 CI 95%, -0.631a -0.025), the mean time of diagnosis for group 1 was 19.07 months and for group 2 of 17.50 months (chi² = 1,902 CI 95%, -0.61-3.19), the time of mastectomy in group 1 corresponded to 12.49 months and for group 2 was 8.72 months (chi² = 2.067 IC.165-7.36) . Within the variables that make up resilience a significant association was determined with given one of the spheres. **Conclusions:** There was homogeneity in the variables age, schooling, marital status, occupation, time of diagnosis and mastectomy in both groups. There is an association between resilience and depression in breast cancer mastectomized patients. Being resilient in each of the spheres is a protective factor for not having depression.

Keywords: resilience, depression, mastectomy.

DEDICATORIAS

A Dios por guiarme en todo momento, por brindarme salud, rodearme de cosas buenas y permitirme llegar hasta esta etapa de mi vida profesional.

A mis padres José Israel Cortés Villa y Mercedes Ruiz Sánchez por darme la vida, por su amor incondicional, por esforzarse en mi educación y compartir conmigo esas noches de desvelo. Por enseñarme a luchar por mis objetivos y siempre confiar en mí.

A mis hermanos Patricia, Idalia, e Israel por su cariño, apoyo y darme esas palabras de aliento cuando más las necesitaba.

A mis sobrinos Sergio, Viridiana, Jazmín, Pablo, Keila y Melisa por esa chispa y sonrisas que alegraban mis días después de una guardia, por su amor y su admiración.

A mi tía Marina Ruiz Sánchez por ser ese gran ejemplo que seguir, por su amor, apoyo en todos los sentidos, por siempre confiar en mí y enseñarme que en esta vida todo lo que te propones lo puedes lograr.

A mi novio Fernando Ulrico Gámez González por ser mi motor, por todo su amor, felicidad, apoyo incondicional, comprensión, enseñanzas, por su impulso para ser mejor persona día a día.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por la oportunidad de realizarme como especialista en medicina familiar.

A Dios por guiar mi camino y darme la fortaleza para lograr mis objetivos.

A mis padres, hermanos, sobrinos por su amor, apoyo, confianza.

A mi tía Marina por sus consejos, enseñanzas ejemplo y amor.

A mi novio Fernando por su amor, apoyo en todo momento, comprensión y caminar juntos esta etapa tan importante en mi vida.

A mis amigas Carolina, Cindy y Elisa, lo más valioso de la residencia, gracias por brindarme tan bonita amistad, compartir juntas momentos difíciles, triunfos, por siempre tener esas palabras que me daban aliento. Agradezco a dios se hayan cruzado en mi camino.

A mi Guardia "D" tan querida, Mariana, Gastón, Matilde, Yadira y mis queridos R2, amigos y compañeros de desveladas, regaños, enseñanzas, aventuras, comidas, pláticas y tantas experiencias compartidas, gracias. Los adoro.

A todos mis profesores titulares en especial a la Dra. Patricia Flores, Dr. Ortiz, Dra. Lozada, Dr. Chávez, Dr. Acuña, Dra. Julián, Dr. Spota, Dra. Sara Brito, Dra. Poseros (en paz descanse), Dr. Villareal, Dra. Martínez Reyes, Dra. Licea, Dr. Oton, Dra. Leticia Blanco, por transmitir sus conocimientos, fortalecer mis bases y hacerme crecer profesional y como persona.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I.INTRODUCCIÓN	1
I.1 Objetivo general	2
I.1.1 Objetivos específicos	2
I.2 Hipótesis	3
II.REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
II.1 Cáncer de mama	4
II.2 Generalidades	4
II.3 Tratamiento de cáncer de mama	6
II.4 Alteraciones psicológicas en pacientes mastectomizadas	11
II.5 Mastectomía como factor de estrés	14
II.6 Depresión	15
II.7 Escala para medir depresión	23
II.8 Resiliencia	24
II.9 Instrumento para medir resiliencia	27
III.METODOLOGÍA	31
III.1 Diseño de la investigación	31
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	33
III.3 Procedimiento y estrategia	34
III.4 Consideraciones éticas	34
III.5 Análisis estadístico	35
IV.RESULTADOS	36

V.DISCUSIÓN	45
VI.CONCLUSIONES	48
VII.PROPUUESTAS	49
VIII.LITERATURA CITADA	50
IX.ANEXOS	53

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Variables sociodemográficas de pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	38
IV.2	Variables de evolución de cáncer de mama en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	39
IV.3	Asociación entre resiliencia en su esfera fortaleza y confianza en sí mismo y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	40
IV.4	Asociación entre resiliencia en su esfera competencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	41
IV.5	Asociación entre resiliencia en su esfera apoyo familiar y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	42
IV.6	Asociación entre resiliencia en su esfera apoyo social y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	43
IV.7	Asociación entre resiliencia en su esfera estructura y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.	44

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud pública y considerado la primera neoplasia más frecuente en la población a nivel mundial. Se reporta un estimado de 1.67 millones de nuevos casos anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. En México es la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres con un 16.5% y en Querétaro la incidencia es de 34 por cada 100 mil, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2011), reportándose también una mortalidad de 12 por cada 100 mil mujeres (Robles, 2011).

Entre la diversidad de tratamientos se encuentra la mastectomía, evento que puede generar alteraciones emocionales, ya que se traduce en un cambio corporal externo negativo para la mujer, mutilación corporal y la pérdida de simbolismo femenino, trascendiendo en lo biológico, emocional, individual y conyugal. La depresión representa uno de los trastornos emocionales más frecuentes con una prevalencia del 30% (Villegas, 2010).

La depresión se define como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de psiquiatría, 2014).

Cuando se presenta una adaptación positiva a una crisis y se logra salir exitoso de ella se le conoce como resiliencia; esta involucra factores intelectuales, intrapsíquicos e interpersonales (Crespo, 2012).

Las personas poco resilientes, posiblemente, presentan mayor exposición al estrés y el enfrentamiento es perjudicado frente a las adversidades, pudiendo generar

síntomas de ansiedad, depresión, rabia, impulsividad y baja autoestima (Gonzales, 2016).

El abordaje de las pacientes mastectomizadas por el médico familiar se debe de realizar bajo el análisis integral bio-psico-social que permite conocer la resiliencia como factor de afrontamiento de la enfermedad y por otro lado su posible asociación con la depresión al no estar presente.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la resiliencia en sus diferentes dimensiones en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.
- Identificar depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.
- Identificar la asociación de resiliencia en su dimensión fortaleza y confianza en sí mismo y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.
- Identificar la asociación de resiliencia en su dimensión competencia social y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.
- Identificar la asociación de resiliencia en su dimensión apoyo familiar y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.
- Identificar la asociación de resiliencia en su dimensión apoyo social y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.
- Identificar la asociación de resiliencia en su dimensión estructura y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

I.2 HIPÓTESIS

Ho: Las pacientes mastectomizadas resilientes tienen riesgo de padecer depresión.

Ha: Las pacientes mastectomizadas no resilientes tienen riesgo de padecer depresión.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Cáncer de mama

El cáncer de mama es un problema de salud pública y considerado la segunda neoplasia más frecuente en la población a nivel mundial. Representa el 31% de todos los cánceres en la mujer a nivel mundial, dentro de la variedad de tratamientos se encuentra la mastectomía, siendo un estresor de gran impacto en la mujer debido a cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales. Dentro de los trastornos emocionales, se encuentra la depresión, una afección comórbida que afecta al 15-30 % de pacientes mastectomizadas, no obstante, se ha podido constatar que algunas pacientes logran no sólo superar la adversidad, sino salir fortalecidos de ella. A estas personas se las llama resilientes. La resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar la situación (Secretaría de Salud, 2008; Ministerio de Salud, 2010; Palomar, 2010; Robles, 2011; DSM-5, 2014).

II.2 Generalidades

II.1.1 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó en 2007 al cáncer de mama como la principal causa de muerte en todo el mundo, representa el 31 por ciento de todos los cánceres en la mujer a nivel mundial, siendo el número de defunciones por esta causa de alrededor de 400,000 mujeres al año y afectando principalmente en la población femenina entre 35 a 55 años. Es uno de los tumores malignos con mayor prevalencia. Según la OMS se registra un millón y medio de casos por año. En México a partir del 2006, se ha ubicado como la primera causa de muerte por tumores malignos en la población femenina de 30 a 54 años (Secretaría de Salud, 2008).

En nuestro país actualmente es la neoplasia maligna invasora más común y la causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer, constituyendo

el 20-25 % de todos los casos de cáncer en la mujer y contribuyendo con un 15-20% de la mortalidad por cáncer (Secretaría de Salud, 2008).

De acuerdo con el Registro Histopatológico de neoplasias malignas el número de nuevos casos que se presentaron en México en el 2004 fue de 13,895 (RHNM, SS, 2004) siendo los estados con mayor frecuencia: D.F., Jalisco, Nuevo León, Veracruz, estado de México con mayor índice de mortalidad al producir 14 muertes al día con un promedio de 45 años y diagnosticándose el 55% de los casos en etapas avanzadas (Brandan, 2006; Secretaría de Salud, 2008; Robles, 2011).

En el Estado de Querétaro la tasa de mortalidad de cáncer de mama en general por cada 100 mil habitantes de 25 años y más, para el año 2001 es de 9.32, para el 2002 de 7.48, en el 2003 de 8.82, en 2004 de 10.94, en 2005 de 10.74, en 2006 12.16, en 2007 de 9.25, en 2008 de 8.5 donde se observó aumentos y descensos anuales, con disminución para el 2008 (INEGI, 2014).

Dentro de la tasa de mortalidad específica para cáncer de mama por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, para el año 2001 de 17.92, 2002 de 14.36, 2003 de 16.94, 2004 de 20.99, 2005 de 20.58, 2006 de 22.97, 2007 de 17.69, 2008 de 16.23, donde se observó un incremento importante en el año 2004, 2005, 2006, y un descenso en el 2008 (INEGI, 2014).

Los casos de cáncer de mama en Querétaro aumentaron durante el 2013, por lo que se posiciona como la principal causa de muerte entre las mujeres que habitan el estado, seguida por el cáncer cervicouterino (INEGI, 2014).

En Querétaro la incidencia es de 34 por cada 100 mil según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, reportándose también una mortalidad de 12 por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2011).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social constituye la primera causa de defunción por neoplasias en la mujer, 65% de las cuales son registradas en estados del Norte del país, su comportamiento se mantuvo prácticamente estable en los últimos años; sin embargo, en números absolutos los fallecimientos se han incrementado.

II.I.2 Definición

El cáncer de mama se define como el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios que tienen la capacidad de diseminarse (Secretaría de Salud, 2008).

El tipo de cáncer más frecuente es epitelial y se origina en la unidad ducto lobulillar terminal. El carcinoma ductal infiltrante representa 85% de las neoplasias invasoras, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante, con 5 a 10% de los casos (Ministerio de Salud, 2010; Robles, 2011).

II.I.3 Tratamiento

La forma de tratar el cáncer de mama ha cambiado absolutamente durante los últimos 10 años. Los tratamientos varían sustancialmente, dependiendo de las variadas características del tumor que en la actualidad se conocen y que permiten diseñar a medida el modo de combatirlo (Cabero,2011).

Existe una gran diversidad en los tratamientos para el cáncer de mama, los cuales pueden ser: quimioterapia, radioterapia o intervención quirúrgica (Mastectomía), que se aplican según la evolución de la patología y las condiciones de la paciente (Robles, 2011; Secretaría de Salud, 2013).

Se divide en dos grandes Terapias:

La locorregional (cirugía+RDT) y la terapia sistémica (QMT+Hormonoterapia).

Cirugía conservadora

- Tumorectomía: Extirpación del tumor con un margen de tejido normal alrededor de este (1-2 cm).
- Mastectomía parcial (segmentaria): Extirpación parcial de la glándula mamaria incluyendo el tumor en el espesor.

Contraindicaciones de Cirugía conservadora

- Relación mama-tumor desfavorable

- Multicentricidad
- Microcalcificaciones sospechosas, difusas o extensas
- Contraindicación de irradiación (Embarazo-radioterapia previa).
- Imposibilidad de obtener márgenes quirúrgicos negativos con resultados cosméticos aceptables.
- Preferencia de la paciente por una mastectomía.
- Paciente no controlable.
- Tumor mayor a 4 cm
- Dificultad para realizar radioterapia (Enfermedades de la mesénquima)

Cirugía no conservadora

II.I.4 Mastectomía

De manera tradicional, el tratamiento, del cáncer mamario ha sido quirúrgico, pero el tipo de operación efectuada ha persistido como motivo de controversias y es un aspecto muy cargado de emotividad. En el siglo XIX el tratamiento quirúrgico del cáncer mamario era muy variado, entre resección local simple hasta mastectomía total. Halsted ideó la mastectomía radical en un intento por tratar el carcinoma de la mama como un proceso infiltrativo local (Robles, 2011; Cabero, 2012).

Las opciones de cirugía mamaria dependerán de la posibilidad de conservar la mama. El tratamiento conservador consiste en la remoción completa del tumor con márgenes negativos, y radioterapia asociada (León, 2002).

Por lo tanto, la mastectomía radical retira toda la mama, los músculos pectorales subyacentes y los ganglios linfáticos axilares en continuidad. Durante el siglo XX se idearon extensiones y modificaciones del procedimiento de mastectomía radical que abarcan remoción de más tejidos locales. Existen varios tipos de mastectomía, incluyendo (León, 2002; Robles, 2011).

- Mastectomía simple

- Mastectomía radical modificada
- Mastectomía radical
- Mastectomía parcial
- Mastectomía subcutánea (con preservación de pezón).

Mastectomía total (o simple): Es la remoción de la mama, pezón y complejo areolar íntegros sin los músculos adyacentes ni los ganglios linfáticos axilares. Casi nunca hay necesidad de injertos cutáneos, y no se resecan los ganglios axilares de manera intencionada. Sin embargo, suelen incluirse los ganglios linfáticos de ubicación baja en la porción supero externa de la mama y en la parte baja de la axila. Esta operación es por lo general menos conveniente que los procedimientos radicales. Ocurrirán recurrencias locales en por lo menos 15 a 20 % de las pacientes tratadas con mastectomía total simple (León, 2002; Robles, 2011).

Mastectomía radical modificada: Preserva al músculo pectoral mayor, se reseca la mama de manera semejante a lo que se hace durante la mastectomía radical; sin embargo, no son tan extensas la remoción de la piel y la disección de los ganglios linfáticos axilares, y no hay necesidad de injerto cutáneo. No existen diferencias en las tasas de supervivencia entre la mastectomía radical y la mastectomía radical modificada, pero el último procedimiento tiene un resultado funcional y estético de mejor clase. Este tipo de mastectomía ha sustituido a la ordinaria, y es el procedimiento efectuado más a menudo para tratar el cáncer mamario (Robles, 2011).

Mastectomía parcial: es la extirpación de la parte cancerosa del tejido mamario y de parte del tejido normal circundante. Si bien la lumpectomía es técnicamente una forma de mastectomía parcial, en la mastectomía parcial se extirpa más tejido que en la lumpectomía (Robles, 2011; Cabero, 2012).

Mastectomía subcutánea: en ella hay preservación de pezón. Se extirpa todo el tejido mamario, pero se deja el pezón. Se lleva a cabo con menor frecuencia que la

mastectomía simple o total, debido a que se conserva mayor cantidad de tejido mamario en el que, más adelante, podría formarse cáncer. Además, la reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía subcutánea puede causar deformación y, posiblemente, insensibilidad en el pezón (Robles, 20011).

En algunas ocasiones podemos hacer una reconstrucción mamaria inmediata siempre que haya bajo riesgo de recidiva local. Estaría indicada en tumores pequeños múltiples, carcinomas in situ extensos o para evitar radioterapia (Robles, 2011).

La mastectomía bilateral en cualquiera de sus variantes es la técnica que reduce en más del 95% el riesgo (León, 2002).

II.1.5 Linfadenectomía axilar

Se debe hacer siempre en la cirugía del cáncer de mama. Se debe llegar al nivel 3 sde Berg y obtenerse más de 10 ganglios. Tras la cirugía se dejan drenajes aspirativos axilar-pectoral durante 5-7 días o hasta que la cantidad drenada sea mínima (Robles, 2011).

Ganglio centinela. Es el ganglio o grupo de ganglios que reciben en primer lugar el drenaje linfático del tumor. Esta técnica consiste en la inyección del radioisótopo (Tc 99m) y coloide, antes de la cirugía, tras la cual se realiza una gammagrafía y se localiza la región a la cual ha migrado el radioisótopo. Se procede a la disección del/los ganglios y posterior estudio histológico exhaustivo, con múltiples cortes seriados. Si el ganglio centinela es positivo se deberá completar la cirugía con el vaciamiento axilar completo y en el caso de que sea negativo no será necesario (Mahmut, 2010; Robles, 2011).

En aquellas pacientes que requerirán mastectomía total para su manejo o en quienes se sospeche invasión, se debe realizar el procedimiento de mapeo linfático, localización y estudio histológico del GC y actuar en consecuencia a su resultado (Secretaría de Salud, 2013).

II.I.6 Radioterapia

Está indicada tras la cirugía conservadora en todos los casos y postmastectomía (RT sobre pared torácica y áreas ganglionares regionales) en pacientes consideradas de alto riesgo de recidiva local (≥ 4 ganglios axilares+, extensión extracapsular, tamaño grande, márgenes de resección afectos o muy próximos), por disminuir la recaída loco-regional y aumentar la supervivencia (Mahmut, 2010; Robles, 2011; Secretaría).

Se debe esperar al menos dos semanas tras la cirugía, y no debe retrasarse más de 16 semanas tras la cirugía. La introducción de nuevas técnicas como la radioterapia intraoperatoria permite reducir el tiempo de exposición con el mismo resultado clínico y menos efectos secundarios (Mahmut, 2010; Robles, 2011).

II.I.7 Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico se basa actualmente en dos líneas terapéuticas fundamentales, la quimioterapia y la hormonoterapia, con tendencia a realizar un tratamiento “a la carta”, dependiendo de los factores de la paciente, su estado hormonal y el tipo de tumor (Guía clínica de Gobierno de Chile, 2010; Robles, 2011).

II.I.8 Quimioterapia

Es el principal adyuvante. Se suele dar poliquimioterapia CMF (ciclofosfamida, MTX, 5-fluoruracilo), también se emplean adriamicina, vincristina, mitoxantrona y taxol. Está indicada en pacientes con ganglios axilares positivos o axila negativa con factores de mal pronóstico (Guía clínica de Gobierno de Chile, 2010; Robles, 2011).

II.I.9 Hormonoterapia

Estaría indicada en pacientes con receptores hormonales positivos. Existen varias modalidades de tratamiento supresor de estrógenos:

- Castración quirúrgica o RT

- Antiestrógenos: moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM) como tamoxifeno, raloxifeno, o antiestrógenospuros (fulvestrant).
- Inhibidores de la aromatasa: derivados esteroideos como el exemestrano, o inhibidores no esteroideos de 3ª generación como letrozol y anastrozol.
- Análogos de GnRH.

El fármaco más utilizado hasta ahora es el tamoxifeno (TMX), 20 mg/día, hasta una duración máxima de 5 años. Por último, el Trastuzumab (Herceptin) es un anticuerpo monoclonal empleado en aquellas pacientes que sobre expresen el gen C-erb B2 (Her2/neu), para el tratamiento del cáncer de mama metastático (Guía clínica de Gobierno de Chile, 2010; Robles, 2011).

Desde otra perspectiva, las mamas son sin lugar a duda uno de los aspectos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y con a erógena por excelencia (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

Estas han desempeñado un papel importante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía, en la religión de los grupos étnicos y pueblos. Cuando este órgano es invadido por una enfermedad tan temida como el cáncer, ocasionando no en pocas ocasiones su pérdida, se producen cambios importantes en el estilo de vida de las pacientes (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

Sumado al significado de las mamas y lo que implica su pérdida, someterse a una intervención quirúrgica es una de las experiencias hospitalarias más comunes, y también una de las más estresantes, al igual que algunos exámenes médicos de carácter aversivo. La ansiedad y temor asociados con la anticipación de una intervención, así como la preocupación y molestias asociadas con la recuperación, tienen efectos en la reacción general del paciente ante la situación y en el curso que tendrá el proceso de restablecimiento (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

1. II.I.10 Alteraciones psicológicas en pacientes mastectomizadas

Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales y la forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto, cuando experimentamos una enfermedad estos factores son los que determinan las diferencias en nuestra reacción (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

Hoy, a pesar de los avances de la tecnología médica, el desarrollo prolífico de tratamientos alternativos de cáncer y el aumento constante del número de sobrevivientes a esta enfermedad, "cáncer" es símbolo arquetípico moderno de la desgracia y la muerte, es una palabra que evoca todavía las imágenes del sufrimiento, de la deshumanización y de la muerte (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

Las connotaciones sociales de los trastornos oncológicos adquieren una importancia especial en la sociedad. Kauffman, Aiach y Waismann, señalan que el cáncer es la enfermedad más temida, puesto que se la menciona tres veces más que a las enfermedades cardiovasculares, aunque éstas sean más significativas desde el punto de vista cuantitativo en cuanto a la mortalidad (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

El cáncer sigue siendo considerado como la enfermedad incurable por excelencia. No en vano, Levy (1985) señala que es la enfermedad más temida y misteriosa después de las pestes medievales, y quizá tan solo haya sido desplazada por el SIDA del primer lugar del "ranking" de las enfermedades percibidas como más terribles. Esta idea es compartida por el entorno del individuo afectado y por buena parte del personal sanitario que le atiende, del mismo modo que lo es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

El cáncer, por tanto, es una enfermedad socialmente marcada por el miedo, debido a la pérdida de control y a la mortalidad que en ocasiones conlleva. El diagnóstico de cáncer tiene un impacto emocional profundo en el individuo que lo padece. Según Die Trill (1987) y Ferrero (1993), habría que tener en cuenta no sólo

el diagnóstico de cáncer como algo problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

La enfermedad oncológica pone a quien la padece ante un proceso de traducción simultánea de dos lenguajes distintos: por un lado, la información que el médico le proporciona a partir de un conocimiento "real" y "objetivo" de su enfermedad, de modo que ha de tomar parte activa en su curación; y, por otro lado, existe el conocimiento "tácito", popular por todas las connotaciones dramáticas que para la sociedad encierra el mismo (Villegas, 2009; Mahmut, 2010; Medeiros, 2010).

El grado de preocupación y malestar que el cáncer causa en el paciente dependerá no sólo de los síntomas físicos, sino también del significado personal del cáncer en cada persona, y del estilo de la personalidad del paciente antes del conocimiento del problema (Villegas, 2009; Mahmut, 2010; Medeiros, 2010).

El diagnóstico de cáncer implica, en definitiva, una amenaza contra la vida del paciente, así como una amenaza contra el estilo de funcionamiento del individuo, en quien él se reconoce y de quien obtiene su propia autoestima (Villegas, 2009; Medeiros, 2010; Bostanci, 2011).

Aunque muchos de los problemas psicológicos de los pacientes con cáncer son similares a otros pacientes con patología clínica, las investigaciones sugieren que la naturaleza y tratamiento de la oncología ginecológica puede proveer un estrés añadido para la mujer que lo padece. Cabe aclarar que el cáncer de mama se inscribe dentro de los cánceres ginecológicos (Villegas, 2009; Medeiros, 2010).

Tanto el cáncer como los efectos de los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales (Villegas, 2009; Medeiros, 2010).

Frente al cáncer de mama existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad,

disminución del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa (Villegas, 2009; Medeiros, 2010; Bostanci, 2011).

Algunos estudios indican que entre un 10-56% de las mujeres estudiadas tras la mastectomía presentan algún grado de incapacidad en la función social y emocional (Villegas, 2009; Medeiros, 2010; Bostanci, 2011).

Con relación a las emociones, éstas son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio; son, por lo tanto, procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos (Villegas, 2009).

Pero las emociones, como tales procesos adaptativos que son, no son estáticas, sino que cambian en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia (Villegas, 2009).

El proceso emocional se desencadena por la percepción de una condición interna y externa, que llega a un primer filtro que se supone formado por un proceso dual de evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, compuesta por una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las actividades anteriores. Sin embargo, las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables de la misma son fruto de un segundo filtro que las tamiza (Villegas, 2009).

Así, la cultura y el aprendizaje hacen que las manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificadas; las experiencias subjetivas que se recogen mediante auto informes pueden ser una exageración, minimización o incluso negación de ellas; igual ocurre con lo que se observa mediante la comunicación no verbal, la observación de la conducta manifiesta o, incluso, en las respuestas fisiológicas (Villegas, 2009).

II.3 La mastectomía como factor de estrés

Baum, Gatchel y Krantz expresan que "el estrés es el proceso por el cual los eventos ambientales amenazan o desafían el bienestar de un organismo y por el cual ese organismo responde a esta amenaza" (Villegas, 2009; Bostanci, 2011; Kyungjin, 2014).

Cruz y Vargas definen el estrés como "el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuroendocrino emocional ante un estímulo percibido como amenazante (estresor) para nuestra integridad o bienestar". Y en una línea similar de integración, Álvarez caracteriza el concepto de estrés de la siguiente manera: "es una respuesta del organismo ante estímulos físicos, biológicos o psicosociales que alteran su homeostasis; es una respuesta parcialmente inespecífica y sistémica que integra niveles psicológicos, neurológicos y endocrinos; el carácter estresante del estímulo deriva de la significación que le atribuye el individuo, con base en su experiencia previa y en sus procesos cognitivos y afectivos; y la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo como sobre su significado atribuido (Villegas, 2009; Blanco, 2010; Kyungjin, 2014; Marzena, 2015).

En el caso del cáncer de mama, la intervención quirúrgica se constituye en un estresor vital mayor, con efecto inmediato en la iniciación del proceso de representación del problema que hace la paciente. La persona activamente crea un problema mental que implica amenaza a su salud ya que los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre de la habilidad necesaria para hacerle frente (Villegas, 2009).

La valoración de esos daños provoca una sensación de amenaza y este nivel de amenaza será proporcional a la magnitud potencial de la implicación de ese daño, es decir, el nivel de cambios físicos y psicológicos que la enfermedad y los tratamientos pueda generar. Aunque la amenaza experimentada es amortiguada por la percepción de los recursos personales y sociales para mitigar ese daño, cuando la percepción de daño es mayor que los recursos de afrontamiento, el resultado es una

respuesta de estrés, que podría involucrar reacciones emocionales negativas (Villegas, 2009; Blanco, 2010).

Para este caso específicamente, aplica no sólo el diagnóstico de cáncer de mama como sinónimo muchas veces de muerte o deterioro, sino también la intervención quirúrgica que representa un evento inesperado, la pérdida de uno o ambos senos como situación dolorosa que ataca directamente la imagen femenina y maternal de la mujer y, finalmente, el miedo a la recidiva como un evento poco controlable para la paciente (Villegas, 2009; Blanco, 2010).

II.4 Depresión

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Las personas suelen experimentar diferentes estados de ánimo, emociones, presentando control sobre esta afectividad. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general (Castillo, 2012; Freedman, 2015).

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios viene dada por la

persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

II.I.1 Fisiopatología

La causa del síndrome depresivo se asocia principalmente a serotonina, norepinefrina, dopamina, y otros neurotransmisores, con evidencia de que existe una deficiencia de los mismos; así como alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Los diferentes sistemas y neurotransmisores actúan de manera integral debido a las interacciones neuro anatómicas que los asocian. El efecto de los medicamentos antidepresivos se orienta a incrementar la concentración de neurotransmisor, con un equilibrio posterior, de los receptores, normalizando la sensibilidad membranal. También se estudian alteraciones en otros neurotransmisores, los péptidos neuro activos, y la actividad de los segundos mensajeros (Castillo, 2012; Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Freedman, 2015).

Se ha encontrado una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, asociada a la pérdida de la retroalimentación negativa secundaria al estrés crónico, con niveles séricos de cortisol que permanecen elevados y participando en la desregulación neuroquímica e incluso daño neuro anatómico. El factor genético también se ha visto implicado con mecanismos complejos. Los acontecimientos estresantes preceden con frecuencia a los primeros episodios depresivos, por lo que el ambiente familiar o social y los diferentes trastornos de personalidad pueden predisponer a padecer depresión (Castillo, 2012; Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Freedman, 2015).

II.I.2 Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación con las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos (Ministerio de Sanidad, 2013).

II.I.3 Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, también son factores de riesgo importantes desarrolla (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

II.I.4 Factores cognitivos

El factor cognitivo en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

II.I.5 Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado (Secretaría de salud, 2013; Asociación Americana de psiquiatría, 2014).

II.I.6 Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Debido a ello la GPC de depresión recoge la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo desarrolla (Secretaría de salud, 2013; Asociación Americana de psiquiatría, 2014).

II.I.7 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (Ministerio de Sanidad, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La CIE-1054 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39), se subdivide a su vez en:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Otros episodios depresivos

- Episodio depresivo, no especificado.

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

II.I.8 Clasificación de la asociación americana de psiquiatría, 5ta edición (DSM-5)

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares” desarrolla (DSM-5, 2014).

La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (tabla 3). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada desarrolla (DSM-5, 2014).

II.I.9 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita desarrolla (DSM-5, 2014).

II.I.10 Tratamiento

El tratamiento es farmacológico, a base de antidepresivos a dosis y tiempo adecuados, con mejoría clínica de aproximadamente 70% de los pacientes en 2

meses. También se cuenta con tratamientos adyuvantes que incluyen al litio, hormonas (T3 Y t4), estimulantes (modafinil, metilfenidato); además de la terapia electroconvulsiva que sigue siendo eficiente para depresiones graves o con síntomas catatónicos o en pacientes embarazadas. Considerar el uso de psicoterapia como herramienta eficaz para el tratamiento desarrolla (DSM-5, 2014).

II.I.11 Pronóstico

Un episodio depresivo que no recibe tratamiento dura de 6 a 13 meses. Después de un primer episodio depresivo 50% de los pacientes se recupera; 25% presentara una recaída dentro de los primeros 6 meses después del egreso hospitalario; 30-50% en los siguientes tres años; y entre 50 a 75 % antes de los cinco años. La enfermedad depresiva es un padecimiento potencialmente mortal, 15% muere por suicidio, la prevalencia aumenta en los adultos mayores y es más frecuente en los varones desarrolla (DSM-5, 2014).

Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. La depresión en los pacientes con cáncer no sólo los afecta a ellos, sino que también tiene un gran impacto negativo en los familiares (Robles, 2002; Morales, 2007).

El temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas, son constantes temores que expresan las pacientes oncológicas. Sin embargo, es necesario aclarar que las reacciones emocionales frente a cada etapa de la enfermedad pueden resultar adaptativas, en especial, ya que la tristeza y la depresión son comunes, es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos (Robles, 2002; Morales, 2007).

Para continuar conceptualizando la depresión, se retomarán los postulados y teorías que A. Beck ha venido desarrollando desde 1963, a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, derivándose de ello el Modelo Cognitivo de la Depresión (Robles, 2002; Morales, 2007).

Los orígenes filosóficos de este modelo se remontan a los filósofos estoicos; uno de ellos, Epicteto (Citado en: Lega, Caballo y Ellis, 2002), escribió que "los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas" (Robles, 2002; Morales, 2007).

En este caso el diagnóstico de cáncer de mama o la mastectomía no es la real causa de la depresión, ésta se origina a raíz de la interpretación o atribución que la paciente hace del evento, que es realmente el sustrato psicológico de la depresión (Robles, 2002; Morales, 2007).

El modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato guías tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y activarse por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativa (Robles, 2002; Morales, 2007).

La depresión es un trastorno que puede presentarse con facilidad en los pacientes con cáncer, ya que tal enfermedad se relaciona con factores personales, del tratamiento y la enfermedad (Robles, 2002; Morales, 2007).

En este caso, el factor personal está relacionado con el tipo de esquema cognitivo que ha construido la paciente a lo largo de su historia de aprendizaje, del procesamiento que hace de la información y el contenido que se haya dentro de la tríada cognitiva: cáncer como enfermedad, que aún sigue siendo sinónimo de muerte y la mastectomía como tratamiento invasivo y lesivo para la autoimagen femenina (Robles, 2002; Morales, 2007).

Dentro de los factores personales la edad, el sexo, las creencias, historia de aprendizaje y formas de afrontamiento utilizado en otras situaciones problemáticas o de enfermedad, conceptos personales frente a enfermedad y cáncer, la tolerancia a la frustración y la presencia de psicopatología previa (Robles, 2002; Morales, 2007).

Generalmente, la respuesta emocional que inicialmente muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o

semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación. Esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave (Robles, 2002; Morales, 2007).

La reacción afectiva frente al diagnóstico de cáncer o a una recaída podría comenzar con un período disfórico marcado por un aumento en la agitación. Durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro (Robles, 2002; Morales, 2007).

Algunos indicadores de lo que podría considerarse como una adaptación exitosa son: mantenerse activo en los quehaceres cotidianos; tratar de reducir al mínimo el impacto que causa la enfermedad en los papeles que a diario se desempeñan (por ejemplo, cónyuge, madre, empleada), tratar de regular las emociones que son normales durante la enfermedad; y manejar los sentimientos de desesperanza, invalidez, inutilidad o culpa (Robles, 2002; Morales, 2007).

La mastectomía radical (ambos senos) o parcial (un solo seno), se convierte en un agente estresor agudo y/o crónico, generando estados emocionales muchas veces negativos como depresiones o estados de ansiedad. Estos estados emocionales pueden ser en un primer momento una reacción aguda o respuesta adaptativa de la paciente a su nueva condición de vida, lo cual puede ser visto como proceso adaptativo, normal y esperado (Robles, 2002; Morales, 2007).

Las características socio-demográficas, la historia de enfermedad, pertenecer a grupos de apoyo social y contar con acompañamiento afectivo en el recorrido de la enfermedad y tratamientos, marcan diferencias en la recuperación psicológica de las pacientes en términos directamente proporcionales: entre más apoyo y acompañamiento mejores expectativas de recuperación (Robles, 2002; Morales, 2007).

II.I.12 Escala para medir depresión

Escala de Beck

El inventario de la depresión de Beck es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión, en la cual se recopilan los datos mediante un cuestionario auto aplicable en adolescentes y adultos (Jurado, 1998).

Incluye 13 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación con la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana (Jurado, 1998).

Estas afirmaciones reflejan severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 3 (severo). La puntuación total es de 39 puntos (Jurado, 1998).

Sus resultados indican la severidad de la depresión de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos (Jurado, 1998).

La evaluación de las respuestas de la Escala de Desesperanza de Beck se realiza del siguiente modo (Jurado, 1998).

Resultados

Los expertos consideran que, a partir de 9 puntos, ya puede haber cierto riesgo de ideas suicidas, por lo que conviene consultar con un profesional médico para protegerse si, al hacer la Escala de Desesperanza de Beck, los resultados son superiores a 9 (Jurado, 1998).

0-9 puntos: Normalidad

10-16 puntos: Depresión Leve

17-29 puntos: Depresión moderada

>30 puntos: Depresión severa

Dentro de varias situaciones adversas, que traen consecuencias en el desarrollo psicológico, existen personas logran no sólo superar la adversidad, si no, salir fortalecidos de ella. A estas personas se les conoce como resilientes (Palomar, 2010).

II.5 RESILIENCIA

II.I.1 Definición

El término resiliencia deriva del latín “resilio” que significa: volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En español y en francés (résilience) se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora. En inglés, el concepto resiliencie es la tendencia que volver al estado original o el de tener poder de recuperación (“to rebound, recoil, to spring back”). En Norteamérica se define como la propiedad que tiene una pieza mecánica para doblarse bajo una carga y volver a su posición original cuando ésta ya no actúa (Palomar, 2010).

A lo largo de la vida el ser humano puede enfrentar eventos o experiencias estresantes que resultan negativas y que pueden contribuir al desarrollo de psicopatología. Sin embargo, los humanos tenemos la capacidad de adaptarnos a estas experiencias. A esta capacidad la podemos llamar resiliencia (Palomar, 2010).

La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Palomar, 2010).

Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta

común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad (Palomar, 2010).

La resiliencia es un constructo que se define como competencia personal ante la adversidad significativa (Hamill, 2003). En este proceso la persona logra hacer frente a las situaciones adversas y se involucra para lograr éxito. No es hacer lo que los demás quieren de esta persona, sino lo que ella necesita hacer para obtener un bienestar psicofísico y sentirse bien. La resiliencia involucra tanto factores intelectuales, como los intrapsíquicos e interpersonales (Palomar, 2010).

En las primeras investigaciones con orientación biopsicosocial no se usaba el término de resiliencia, sino el de «invulnerabilidad». Sin embargo, se han señalado algunas razones para cuestionar el concepto de invulnerabilidad, ya que implica tener una resistencia absoluta al daño, ser intrínseca del sujeto, sugiriendo que es estable en el tiempo y que se aplica a todas las circunstancias de riesgo. Así que Rutter propuso usar, más bien, el concepto de resiliencia, como un concepto dinámico que puede presentarse en diferentes grados en diferentes momentos (Palomar, 2010).

De esta forma, el término «resiliencia» se desarrolló para describir «la resistencia relativa a las experiencias psicosociales de riesgo y también, como un proceso de afrontamiento ante la adversidad, cambio u oportunidad que resulta en la identificación, fortificación y enriquecimiento de las cualidades resilientes o de los factores protectores. La resiliencia involucra procesos genéticos, biológicos y psicológicos, y probablemente también dinámicos (Palomar, 2010).

En la comprensión y estudio actual de la resiliencia es importante tomar en cuenta que se puede definir como un proceso en el que el individuo se encuentre expuesto a una importante carga de estrés, adversidad, y que ciertas cualidades lo orienten hacia una adaptación positiva a pesar de sufrir agresiones a lo largo del proceso de desarrollo (Palomar, 2010).

Una vez iniciado el proceso resiliente, podríamos adelantar tres escenarios de respuesta:

1. Que los individuos en riesgo muestren una mejor evolución a la esperada;

2. Que una adaptación positiva se mantenga a pesar de experiencias estresantes.
3. Que se llegue a una buena recuperación después de un trauma.

Vanistendael (1997) distingue cinco dimensiones de la resiliencia: la existencia de redes sociales informales, el sentido de la vida (trascendencia), una autoestima positiva, la presencia de aptitudes y destrezas, y tener sentido del humor (Palomar, 2010).

De acuerdo con P.J. Mrazek y D. Mrazek (1987) existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes:

- 1.- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
- 2.- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- 3.- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- 4.-Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- 5.- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- 6.- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- 7.- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia
Cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
- 8.- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
- 9.- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- 10.- Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.

11.- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.

12.- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro (Palomar, 2010).

II.1.2 Instrumento para medir resiliencia

Este instrumento fue desarrollado para población mexicana (Escala de Resiliencia Mexicana, RESI-M), tomando como base dos escalas que miden la resiliencia en adultos: The Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001) (Palomar, 2010).

Consta de 43 ítemes cargaron en cinco factores:

(1) Fortaleza y confianza en sí mismo: se define como la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos (Palomar, 2010).

(2) Competencia social: competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación (Palomar, 2010).

(3) Apoyo familiar: se refiere a las relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también a la lealtad entre los miembros de la familia y a que los miembros compartan visiones similares de la vida y pasen tiempo juntos (Palomar, 2010).

(4) Apoyo social: se refiere principalmente de los amigos, al hecho de contar con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por uno (Palomar, 2010).

(5) Estructura: está relacionado con la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles (Palomar, 2010).

Asimismo, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de la resiliencia, de acuerdo con el sexo, la edad y el estado civil, observándose que las mujeres obtienen puntajes más altos en apoyo social, el grupo de más edad tiene un mayor promedio en competencia social y apoyo familiar y finalmente las personas casadas se sienten más fuertes y con más confianza en sí mismas y los solteros perciben un mayor apoyo social en comparación con los casados (Palomar, 2010).

La RESI-M contiene cinco dimensiones, en las cuales se agrupan algunas de las características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social. Tiene una confiabilidad de .89 (Palomar, 2010).

El nivel individual es muy importante ya que está relacionado con conductas tales como fijarse metas, estar motivado, estar comprometido, tener autocontrol, ser responsable, tomar decisiones, afrontar pacífica y objetivamente los problemas, tener un locus de control interno y un sentido de vida, así como ser optimista; ellas son herramientas muy potentes para afrontar situaciones difíciles (Palomar, 2010).

Se considera además que el apoyo familiar es el soporte social más importante, ya que es en el seno familiar donde se educa a los hijos y se les brinda seguridad y apoyo tanto material como emocional. Sin embargo, existen otras fuentes de apoyo tales como la escuela, los amigos, los tutores, entre otros, que también responden a las necesidades de los individuos (Palomar, 2010).

El sistema de evaluación contempla una ponderación a cada ítem con calificación máxima 76 en fortaleza y confianza en sí mismo, 32 en competencia social, 24 apoyo familiar, 20 en apoyo social, 20 en estructura, otorgando un total de 172 puntos. (Palomar, 2010).

La calificación de cada esfera permite detectar si una persona es resiliente o no, otorgando una clasificación:

Fortaleza y confianza en sí mismo:

- 0-38: No resiliente

- 39-76: Resiliente

Competencia social:

- 0-16: No resiliente
- 17-32: Resiliente

Apoyo familiar:

- 0-12: No resiliente
- 13-24: Resiliente

Apoyo social:

- 0-10: No resiliente
- 11-20: Resiliente

Estructura:

- 0-10: No resiliente
- 11-20: Resiliente

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio transversal comparativo prospectivo, en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas del HGR1 IMSS, Querétaro, de febrero a mayo 2017.

El cálculo del tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula para dos proporciones:

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(k)}{(p_1 - p_2)^2}$$

p1: prevalencia de resiliencia en pacientes con depresión

q1: prevalencia de no resiliencia en pacientes con depresión

p2: prevalencia de resiliencia en pacientes sin depresión

q2: prevalencia de no resiliencia en pacientes sin depresión

k: poder de prueba de 80%

p1: 0.60

q1: 1-p (0.40)

p2: 0.40

q2=1-p2 (0.60)

K: 6.2

Sustitución:

$$n = \frac{(0.6)(0.4) + (0.4)(0.6)(6.2)}{(0.6 - 0.4)^2}$$

$$n = \frac{(0.24) + (0.24)(6.2)}{0.2^2}$$

$$n = \frac{(0.24) + (0.24)(6.2)}{0.04}$$

$$n = \frac{2.976}{0.04}$$

$n= 75$ pacientes por cada grupo de estudio.

Grupo 1: pacientes mastectomizadas con depresión.

Grupo 2: pacientes mastectomizadas sin depresión.

El muestreo fue no aleatorio, por cuota.

Se eligieron a todas las pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de oncología quirúrgica del HGR1 IMSS, Querétaro, que cumplieran con los requisitos de la hoja de recolección.

Se incluyeron mujeres con cáncer de mama mastectomizadas que acudieran al HGR1 IMSS Querétaro y que supieran leer y escribir.

Se excluyeron pacientes con antecedente de diagnóstico de depresión u otra enfermedad mental previa a cáncer de mama.

Se eliminaron pacientes que no completaron los cuestionarios de depresión y resiliencia.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de evaluación:

Se estudiaron variables sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación; variables de familia: número de hijos; variables clínicas: depresión, resiliencia, tiempo de diagnóstico de cáncer de mama antes de la mastectomía y tiempo de haber realizado la mastectomía.

Para evaluar depresión se aplicó la escala de Beck, para población mexicana creada por Beck, Steer, y Garbin en (1975), consta de 13 reactivos con respuestas dicotómicas con una confiabilidad por consistencia interna de 0.87, sensibilidad 85.7 % y especificidad 76.2%. Contiene frases relacionadas con actitudes del futuro, así como frases pesimistas sobre el presente.

Sus valores son opciones de respuesta, calificándose como normal de 0-3 puntos, depresión leve: 4-8 puntos, depresión moderada: 9-14 puntos y depresión severa de 15-20 puntos.

Se aplicó la escala (RESI-M) para valorar la resiliencia, consta de 43 ítems con 5 dimensiones 1) Fortaleza y confianza en sí mismo, 2) Competencia social, 3) Apoyo familiar, 4) Apoyo social, 5) Estructura. Cuenta con una confiabilidad de .93, con respuestas tipo Likert: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

El sistema de evaluación contempla una ponderación a cada ítem con calificación máxima 76 en fortaleza y confianza en sí mismo, 32 en competencia social, 24 apoyo familiar, 20 en apoyo social, 20 en estructura, otorgando un total de 172 puntos.

La calificación de cada esfera permite detectar si una persona es resiliente o no, otorgando una clasificación: fortaleza y confianza en sí mismo: 0-38: no resiliente, 39-76: resiliente; competencia social: 0-16: no resiliente, 17-32: resiliente; apoyo familiar: 0-12: no resiliente, 13-24: resiliente; apoyo social: 0-10: no resiliente, 11-20: resiliente; estructura: 0-10: no resiliente, 11-20: resiliente.

III.3 Procedimiento o estrategia

Después de ser autorizado por el comité local 2201 se solicitó permiso a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se captaron a las pacientes en la consulta externa, por técnica de muestreo no probabilístico por cuota, se explicó finalidad del estudio solicitándole su cooperación por medio de consentimiento informado.

Los datos se obtuvieron directamente de la paciente mediante una hoja de recolección de datos, que concentra la aplicación de 2 escalas; una para depresión, “inventario de depresión de Beck” y otra para Resiliencia “Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), variables sociodemográficas y tiempo de evolución de cáncer de mama y mastectomía.

Después de la aplicación de las escalas, se formaron dos grupos: con depresión (depresión severa y moderada) y sin depresión (normal y depresión leve) y se concentraron los datos en un programa de SPSS versión 20.

III.4 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2008 se respeta el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

En el presente protocolo se manejó hoja de consentimiento informado, a todas las pacientes que aceptaron participar respetando la confidencialidad de los datos obtenidos, describiendo que no se pondrá en riesgo su integridad física durante y posterior al desarrollo de la investigación. A las que salieron con depresión y a aquellas que así lo acepten se derivaron a psicología, trabajo social o psiquiatría según el caso y las posibilidades institucionales.

III.5 Análisis estadístico

Los datos obtenidos se guardaron en el paquete estadístico SPSS V21.

Para las variables de tipo cuantitativo se utilizó medias, intervalos de confianza al 95%.

Para las cualitativas, se utilizó porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Estadística inferencial con χ^2 , razón de momios.

IV. RESULTADOS

Se analizaron 148 encuestas realizadas a pacientes mastectomizadas, se integraron 74 pacientes al grupo 1 quienes estaban normales o con depresión leve; el grupo 2 conto con 74 pacientes que padecían depresión moderada y/o grave.

El promedio de edad en ambos grupos fue homogéneo, para el grupo 1 correspondió a 51.85 años y para el grupo 2 de 50.67 ($p=.247$, IC 95% -8.26-10-62).

En cuanto a las características sociodemográficas en ambos grupos predomino la escolaridad secundaria, para el grupo 1 con 54.1% y grupo 2 con 52.6 % (χ^2 3.17, $p= .529$), en estado civil se presentaron las pacientes casadas para el grupo 1 con 70.3% y en el grupo 2 con 64.5 % (χ^2 2.84, $p= .584$); la ocupación que prevaleció en el grupo 1 fue obrera con 31.1% y para el grupo 2 empleada con 35.5 % (χ^2 6.55 $p=.256$); el número de hijos que presentaron las pacientes para el grupo 1 fue de 2.04 y en el grupo 2 es de 2.37 ($\bar{x} = -2.138$ IC 95%, -.631a -.025) (cuadro 1).

Dentro de las variables de evolución del cáncer de mama: el promedio de tiempo de diagnóstico para el grupo 1 fue de 19.07 meses y para el grupo 2 de 17.50 meses ($\chi^2=1.902$ IC 95%, -0.61-3.19), el tiempo de haber realizado la mastectomía en el grupo 1 correspondió a 12.49 meses y para el grupo 2 fue de 8.72 meses ($\chi^2= 2.067$ IC.165-7.36), el número de hijos para el grupo 1 fue de 2.04 y para el grupo 2 de 2.37 ($\chi^2= -2.138$ IC 95% , -.631 - .025) (cuadro 2).

Dentro de las variables que conforman resiliencia se determinó una asociación entre depresión y fortaleza en sí mismo, donde presentaron 60 pacientes resilientes con ausencia de depresión en comparación con 31 pacientes no resilientes con depresión, χ^2 8.54 y OR 0.33 ($p=.003$, IC 95%, .162-.710) (Cuadro 3).

De igual forma se aprecia asociación entre depresión y competencia, donde se observaron 64 pacientes resilientes con ausencia de depresión en contraste con 28 pacientes no resilientes con depresión, χ^2 10.78, OR 0.26 ($p=.001$, IC 95%, 0.119-0.604) (Cuadro 4).

En las variables depresión y apoyo familiar los resultados arrojaron que 61 pacientes resilientes no presentaron depresión en comparación con 35 pacientes no

resilientes con depresión, χ^2 13.98, OR 0.25 ($p= 0.000$, IC 95%, 0.118- 0.528) (Cuadro 5).

Entre depresión y apoyo social se integraron 60 pacientes resilientes sin depresión en contraste con 41 pacientes no resilientes con depresión, χ^2 19.81, OR 0.19 ($p=.000$, IC 95% 0.095 -0.416) (Cuadro 6).

Se observó asociación entre depresión y estructura, donde las pacientes resilientes sin depresión fueron 62 a diferencia de 40 no resilientes con depresión, χ^2 21.95, OR 0.17($p=.000$ IC 95%, .081-.374) (Cuadro 7).

Es decir que de acuerdo a las variables intrínsecas los grupos son similares, y permiten observar SI existe o NO ASOCIACIÓN CON LA RESILIENCIA.

Cuadro 1. Variables sociodemográficas de pacientes mastectomizadas del HGR 1 IMSS Querétaro.

VARIABLES	Grupo 1 (Normal-leve) % n= 74	Grupo 2 (moderada- severa) % n= 74	CHI ²	P
ESCOLARIDAD			3.17	.529
Primaria	16.2	13.2		
Secundaria	54.1	52.6		
Preparatoria	16.2	26.3		
Licenciatura	9.5	5.3		
Posgrado	4.1	2.6		
ESTADO CIVIL			2.84	.584
Soltera	16.2	11.8		
Casada	7.3	64.5		
Viuda	5.4	10.5		
Divorciada	5.4	9.2		
Unión libre	2.7	3.9		
OCUPACIÓN			6.55	.256
Ama de casa	29.7	17.1		
Obrera	31.1	27.6		
Empleada	21.6	35.5		
Comerciante	8.1	9.2		
Profesional	8.1	10.5		
Jubilada	1.4	1.0		

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”.

Cuadro 2. Variables de evolución de cáncer de mama en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

Variables	Promedio	Promedio	t	IC 95% Inferior Superior
	Grupo 1 Normal/depresión leve	Grupo 2 Moderada/grave		
Edad	51.85	50.67	-247	(-8.26-10-62)
Tiempo de diagnóstico en meses	19.07	17.50	1.902	(-0.61-3.19)
Tiempo de haber realizado la mastectomía	12.49	8.72	2.067	(.165-7.36)
Número de hijos	2.04	2.37	-2.138	(-.631 a - .025)

n=150

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”.

Cuadro 3. Asociación entre resiliencia en su esfera fortaleza y confianza en sí mismo y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

n = 150

Fortaleza y confianza en sí mismo	Sin depresión	Con depresión	Chi ²	P	OR	IC 95%
No resiliente	14	31	8.54	0.003	0.33	(0.162-0.710)
Resiliente	60	45				
Total	74	76				

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”

Cuadro 4. Asociación entre resiliencia en su esfera competencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

n=150

Competencia	Sin depresión	Con depresión	Chi ²	p	OR	IC 95%
No resiliente	10	28	10.78	0.001	0.26	0.119-0.604)
Resiliente	64	48				
Total	74	76				

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”

Cuadro 5. Asociación entre resiliencia en su esfera apoyo familiar y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

n=150

Apoyo familiar	Sin depresión	Con depresión	Chi ²	p	OR	IC 95%
No resiliente	13	35	13.98	0.000	0.25	0.118-0.528)
Resiliente	61	41				
Total	74	76				

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”

Cuadro 6. Asociación entre resiliencia en su esfera apoyo social y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

n=150

Apoyo social	Sin depresión	Con depresión	Chi ²	p	OR	IC 95%
No resiliente	14	41	19.81	0.000	0.19	0.095-0.416
Resiliente	60	35				
Total	74	76				

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”

Cuadro 7. Asociación entre resiliencia en su esfera estructura y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

n=150

Estructura	Sin depresión	Con depresión	Chi ²	P	OR	IC 95%
No resiliente	12	40	21.95	0.000	0.17	0.081-0.374)
Resiliente	62	36				
Total	74	76				

Fuente: Base de datos de protocolo “Asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro período febrero-mayo del 2017”

V. DISCUSIÓN

El cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública; cada vez aumentan más las pacientes con esta patología debido al diagnóstico tardío, en donde uno de los tratamientos es la mastectomía, causando en las pacientes alteraciones biológicas, psicológicas y sociales; con mayor prevalencia la depresión la cual es subdiagnosticada en la mayoría de casos. Es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno debido a que la mayoría de las pacientes son casadas (Villegas, 2009; Mahmut, 2010).

El médico familiar lleva a cabo una atención integral con el enfoque primordial en la familia, sus recursos individuales como es la resiliencia y la salud mental.

Dentro de las fortalezas de este trabajo es determinar la asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas, con reconocimiento de cada una de las esferas de resiliencia, lo que permite reconocer las áreas de oportunidad de las pacientes y en el futuro trabajar en ellas. El haber tenido ambos grupos homogéneos en sus variables sociodemográficas y de evolución de cáncer de mama permite mayor control de variables de confusión (Palomar, 2010).

Se observa que la edad promedio de las mujeres mastectomizadas en ambos grupos fue mayor a 50 años y la escolaridad de predominio fue secundaria similar a lo estipulado en NOM-041 SSA2-2002, quien refiere al cáncer de mama con predominio en mayores de 50 años y no respeta nivel educativo.

Se menciona que las mujeres solteras tienden mayor riesgo a deprimirse, se atribuye que las casadas son más fuertes, flexibles y con menor aficción a los cambios o adversidades inesperadas (Palomar, 2010); en la presente investigación el mayor porcentaje de mujeres con depresión fueron casadas, sin embargo, se debe considerar que el porcentaje de pacientes solteras fue menos de la mitad a diferencia de las casadas. Se atribuye que para las pacientes mastectomizadas la pérdida de uno o ambos senos afecta directamente la imagen femenina lo que puede influir en su matrimonio, lo cual corresponde con lo estipulado en estudios de (Villegas, 2009, Blanco, 2010).

La ocupación obrera arrojó que las pacientes mastectomizadas se deprimen más que otra ocupación, muy semejante a lo descrito por (Robles, 2002; Morales, 2007) donde mencionan que los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas, son constantes temores que expresan las pacientes oncológicas.

En ambos grupos el diagnóstico de cáncer de mama es mayor a 1 año y medio, por lo que es tiempo suficiente para superar su duelo, esto representa una mayor probabilidad de que la prueba de tamizaje de Beck para depresión tenga mayor precisión (Jurado, 1998).

El tiempo de haber realizado la mastectomía fue de 8.72 meses en pacientes con depresión moderada y grave; es decir al inicio de la intervención, se deprimían más, equivalente a lo descrito por (Villegas, 2009) donde comenta que la intervención quirúrgica de forma inmediata constituye un estresor vital mayor, ocasionando un problema mental con riesgos multifactoriales.

El promedio de hijos en las pacientes deprimidas fueron 2, en comparación de las pacientes sin hijos, lo cual pudiera relacionarse esto pudiera atribuirse a un temor en la madre por la dificultad de cumplir una de las funciones en la familia "cuidado y afecto", estipulado por (Robles, 2002; Morales, 2007) donde la mastectomía causa alteración del estilo de vida, así como las preocupaciones económicas de los integrantes de la misma.

El ser resiliente en la esfera fortaleza y confianza en sí mismo, describe a la paciente con características de tener más claros sus objetivos, realizar esfuerzos por alcanzar sus metas, tener confianza de que va a tener éxito y contar con optimismo cuando se encuentran ante una adversidad, (Palomar, 2010) otorgando protección para la depresión.

La capacidad de las personas para relacionarse con los demás, la facilidad para crear nuevos amigos, compartir vivencias y disfrutar de una conversación, crea mayor resiliencia en su esfera competencia, (Palomar, 2010) capacidades que permiten ofrecer protección para depresión.

El estudio expone que las pacientes resilientes en la esfera de apoyo familiar se deprimen menos, se entiende que el apoyo familiar es un mitigador de los efectos negativos del estrés y la fuente más importante de apoyo para promover en las pacientes las habilidades y autoestima necesarias para sobreponerse a la adversidad (Palomar, 2010).

Las pacientes resilientes con apoyo social se deprimen menos en comparación con las no resilientes, Palomar en el año 2010; hace referencia a que los amigos son uno factor protector ante la adversidad, el hecho de contar con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen, fortalece la resiliencia. Dentro de las actividades del médico familiar se encuentra el reconocimiento de las redes de apoyo de las pacientes y fomentar la asistencia a grupos de ayuda con equipo multidisciplinario.

El ser resilientes en su esfera estructura, logra hacer que las pacientes no se depriman, se ha descrito que las personas con buena organización, que planean sus actividades, tiempo, establecen reglas y actividades sistémicas aún en momentos difíciles las hace más resilientes (Palomar, 2010).

De acuerdo a los resultados de la investigación la resiliencia es un fenómeno multidimensional donde todos sus componentes son importantes y se asocian con la depresión, donde las esferas con mayor área de oportunidad son apoyo social, familiar y estructura, por lo que la propuesta es ofrecer una atención multidisciplinaria de las pacientes de acuerdo a sus necesidades, fomentar la realización de grupo de ayuda que permitan dar a conocer los cambios causados por la mastectomía secundaria al cáncer de mama y fomentar habilidades de resiliencia, a su vez este grupo da oportunidad de crear apoyo social al tener relaciones interpersonales con pacientes con el mismo padecimiento (Palomar, 2010; Asociación de Psiquiatría, 2014).

VI. CONCLUSIONES

Se presentó homogeneidad en las variables edad, escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo de diagnóstico y realización de mastectomía en ambos grupos.

Existe asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama.

El ser resiliente en la esfera fortaleza y confianza es un factor protector para no presentar depresión.

El ser resiliente en la esfera competencia es un factor protector para depresión.

El ser resiliente en la esfera apoyo familiar es un factor protector para no presentar depresión.

El ser resiliente en la esfera apoyo social es un factor protector para depresión

El ser resiliente en la esfera estructura es un factor protector para no presentar depresión.

Por lo anterior se rechaza hipótesis nula.

VII. PROPUESTAS

Canalizar a las pacientes al servicio indicado de acuerdo con el diagnóstico oportuno: psicología, psiquiatría.

Fomentar grupos de ayuda para dar a conocer los cambios durante la patología y tratamiento.

Fomentar grupos de ayuda para fortalecer las habilidades de la resiliencia.

Como médicos familiares fortalecer las esferas familiares, sociales, en las cuales se podría realizar estudio de salud familiar, para tener más intervenciones.

Integrar talleres en los cuales se involucre a la paciente y sus redes de apoyo para ampliar información de la patología y su evolución.

Realizar más difusión en las unidades de medicina familiar acerca de las generalidades de la residencia.

Crear talleres de terapia ocupacional enfocados en mejorar la imagen corporal.

Realizar con más periodicidad visitas domiciliarias a pacientes con mayor grado de afectación.

VIII. LITERATURA CITADA

Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ta edición. España, Editorial médica Panamericana.

Blanco, R., (2010) "Vivencias de las mujeres mastectomizadas, un estudio fenomenológico" Enfermería Clínica. Vol. 20, número 6, noviembre-diciembre 2010, pp.327-334.

Brandan, M. y Y. Villaseñor., (2006) "Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México" Cancerología. Vol. 1, pp.147-162.

Bostanci, N. y S. Buzlu., (2011) "Depresión y ansiedad, los niveles en estadio temprano de mama de pacientes con cáncer en Turquía y Factores Relacionados" Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. Vol. 12, pp.137-141.

Cabero, L., (2011) "Hablemos del Cáncer de mama" Activos de Comunicación Visual. pp 1-18.

Castillo, S. et al., (2012) "Guzmán S, "Mortalidad intrahospitalaria del Cáncer en México" American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Vol. 30 número 3, pp. 249-252.

Crespo, L. y M. Rivera., (2012) "El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico" Revista Puertorriqueña de Psicología. Vol. 23, pp.109-126.

Freedman, R. et al., (2015) "Factores que se asocian con la mastectomía bilateral entre los pacientes con cáncer de mama" Clinical Breast Cancer. pp: 1-8.

González, R. y A. Hernández., (2016) "Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión" Revista Internacional de Acupuntura. Vol. 10, número 1, pp.1-34.

INEGI. (2011) "Estadísticas cáncer de mama". México, disponible en: <https://journalmex/inegi-contra-el-cancer-de-mama/> [Consultado el 18 de agosto 2016].

INEGI. (2014) “Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama”. México, disponible en: <https://journalmex.wordpress.com/tag/inegi-estadisticas-a-proposito-deldia-internacional-contra-el-cancer-de-mama/> [Consultado el 24 de agosto 2016].

Jeste, D. Palmer B. y D. Rettew., (2015) “Psiquiatría positive: Ha llegado su tiempo”. *J Clin Psychiatry*. Vol. 76, número 6, pp. 675-686.

Jurado, S. et al., (1998) “Estandarización del inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México” *Salud mental*. Vol.21, número 3, pp. 26-31.

Kyungjin, H. y C. Seungjun., (1998) “El Efecto de la Técnica PNF después de la mastectomía sobre la Depresión y la ansiedad en pacientes con linfedema” *J. Phys. Ther. Sci*. Vol. 26, número 7, pp. 1066-1067.

León, A., (2002) “Cáncer de Mama Etapas I y II: Cirugía” *Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama*. pp. 71-77.

Mahmut, G. et al., (2010) “Factores que afectan la toma de decisiones de los pacientes acerca de a mastectomía o cirugía conservadora de mama y el Efecto psicológico de esta elección” *Breast Care*. Vol. 5, pp.164–168.

Manciaux, M., (2009) “Desarrollo de la personalidad y resiliencia” *Ilustre Colegio de Médicos de Madrid Congreso SETEPT*.

Marzena, K. et al., (2015) “Evaluación de los síntomas de ansiedad y la depresión en las mujeres con cáncer de mama después la amputación o la conservación de mama tratadas con la quimioterapia adyuvante” *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Vol. 22, número 1, pp. 185–189.

Medeiros, M. et al., (2010) “La depresión y la cirugía conservadora en cáncer de mama” *CLINICS*. Vol. 65, número 12, pp. 1291-1294.

Ministerio de Salud. (2011) "Guía Clínica de Cáncer de mama". Santiago: Minsal. Chile, disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>. [Consultado 24 de agosto del 2016].

Ministerio de Sanidad, (2013) Guía de Práctica Clínica: Manejo de la Depresión en el Adulto. España, Ministerio de Sanidad. 2013.

Morales, M. et al., (2007) "Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad" Salud pública de México. Vol. 49, número 4, pp. 247-248.

Palomar, J. y NE. Gómez., (2010) "Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M)" Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Vol. 27, número 1 pp. 7-22.

Robles, S. et al., (2011) "Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años" Ginecol Obstet Mex. Vol. 79, número 8, pp. 482-488.

Robles, J. y E. Galanis., "El cáncer de mama en América Latina y el Caribe" Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. Vol. 12, número 2, pp.140-147.

Robles, J. et al., (2011) "Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años" Ginecol Obstet Mex. Vol, 79, número 8, pp. 482-488.

Secretaría de Salud, (2002) "NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, (2008) Guía de Práctica Clínica: Prevención y diagnóstico del cáncer de mama en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, (2008) Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, (2013) Consejo Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Colima, Secretaría de Salud.

Villegas, MJ., (2009) “Depresión y Ansiedad en pacientes mastectomizadas”
Rev Académica e Institucional de la UCPR. pp. 39-69.

X.ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL HGR1 IMSS QUERÉTARO"

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

HGR1 IMSS Querétaro

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

Identificar la asociación entre resiliencia y depresión en pacientes mastectomizadas del HGR1 IMSS Querétaro.

Procedimientos:

Aplicación de 2 instrumentos: depresión y resiliencia, hoja de recolección de datos.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Diagnosticar depresión
Conocer que esferas están más afectadas en su resiliencia
Canalizar a los servicios que amerite

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Si aplica.

Participación o retiro:

Se podrá retirar el cualquier momento que lo desee sin que repercuta en la atención médica.

Privacidad y confidencialidad:

Los resultados se mantendrán bajo la confidencialidad, los cuales solo serán usados con el propósito de dicho estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autoriza que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Si aplica

Beneficios al término del estudio:

Si aplica

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Roxana Gisela Cervantes Becerra
médico familiar adscrito a la UMF 11
matrícula 99231570
tel: 4421470557
roxgcb77@yahoo.com

Mariela Cortés Ruiz Residente de Medicina Familiar. Adscripción UMF # 16. Matrícula: 99236379 Teléfono: 4433664896 Correo: mariel_cr9@hotmail.com

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



“ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y DEPRESIÓN

PACIENTES MASTECTOMIZADAS”



FECHA: ___ / ___ /

No. Encuesta: ___

No. seguridad social:

Instrucciones generales: lea detenidamente la pregunta y subraye la opción que considere la mejor respuesta. No deje de contestar ninguna pregunta.

a) Datos generales

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
<ul style="list-style-type: none"> Edad _____ años. 	<ul style="list-style-type: none"> Escolaridad <ul style="list-style-type: none"> (a) Primaria (b) Secundaria (c) Preparatoria (d) Licenciatura (e) Posgrado
<ul style="list-style-type: none"> Estado civil <ul style="list-style-type: none"> (a) Soltera (b) Casada (c) Viuda (d) Divorciada (e) Unión libre 	<ul style="list-style-type: none"> Ocupación <ul style="list-style-type: none"> (a) Ama de casa (b) Obrera (c) Empleada (d) Comerciante (e) Profesional
EVOLUCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA	
<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de diagnóstico _____ meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de haber realizado la mastectomía _____ meses.
VARIABLES DE FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> Número de hijos: ___

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: Por favor, lea íntegra el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

<ol style="list-style-type: none">1. No me encuentro triste2. Me siento triste o melancólico3. Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo4. Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
<ol style="list-style-type: none">1. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro2. Me siento desanimado respecto al futuro3. No tengo nada que esperar del futuro4. No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
<ol style="list-style-type: none">1. No me siento fracasado2. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas3. Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos4. Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
<ol style="list-style-type: none">1. No estoy particularmente descontento2. No disfruto de las cosas como antes3. No disfruto satisfacción en nada4. Me siento descontento de todo
<ol style="list-style-type: none">1. No me siento particularmente culpable2. Me siento malo o indigno muchas veces3. Me siento culpable4. Pienso que soy muy malo e indigno
<ol style="list-style-type: none">1. No me siento decepcionado conmigo mismo2. Estoy decepcionado conmigo mismo3. Estoy disgustado conmigo mismo4. Me odio
<ol style="list-style-type: none">1. No tengo pensamientos de dañarme2. Creo que estaría mejor muerto

<p>3. Tengo planes precisos para suicidarme</p> <p>4. Me mataría si tuviera ocasión</p>
<p>1. No he perdido el interés por los demás</p> <p>2. Estoy menos interesado en los demás que antes</p> <p>3. He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos</p> <p>4. He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto</p>
<p>1. Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes</p> <p>2. Trato de no tener que tomar decisiones</p> <p>3. Grandes dificultades para tomar decisiones</p> <p>4. Ya no puedo tomar decisiones</p>
<p>1. No creo que mi aspecto haya empeorado</p> <p>2. Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo</p> <p>3. Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo</p> <p>4. Siento que mi aspecto es feo y repulsivo</p>
<p>1. Puedo trabajar igual de bien que antes</p> <p>2. Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo</p> <p>3. Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa</p> <p>4. No puedo realizar ningún trabajo</p>
<p>1. No me canso más que antes</p> <p>2. Me canso más fácilmente que antes</p> <p>3. Me canso por cualquier cosa</p> <p>4. Me canso demasiado por hacer cualquier cosa</p>
<p>1. Mi apetito no es peor de lo normal</p> <p>2. Mi apetito no es tan bueno como antes</p> <p>3. Mi apetito es ahora mucho peor</p> <p>4. He perdido el apetito</p>

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una x en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

ITEM	Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2. Sé dónde buscar ayuda.				
3.Soy una persona fuerte.				
4.Sé muy bien lo que quiero.				
5.Tengo en control de mi vida				
6.Me gustan los retos.				
7.Me esfuerzo por alcanzar mis Metas.				
8.Estoy orgulloso de mis logros				
9.Sé que tengo habilidades				

10. Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11. Creo que voy a tener éxito.				
12. Sé cómo lograr mis objetivos.				
13. Pasé lo que pasé siempre encontraré una solución.				
14. Mi futuro pinta bien.				
15. Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16. Estoy satisfecho conmigo mismo				
17. Tengo planes realistas para el futuro.				
18. Confío en mis decisiones.				
19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				

20.Me siento cómodo con otras – personas.				
21.Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23.Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24.Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25.Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26.Disfruto de estar con otras personas.				
27.Sé cómo comenzar una conversación.				
28. Tengo una buena relación con mi familia.				

29. Disfruto de estar con mi familia				
30. En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				
32. Aún en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33. En nuestra familia coincidimos en relación con lo que consideramos importante en la vida.				
34. Tengo algunos amigos/familiares que se preocupan por mí.				
35. Tengo algunos amigos/familiares que me apoyan.				

36.Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37.Tengo algunos amigos/familiares que me alientan.				
38.Tengo algunos amigos/familiares que valoran mis habilidades.				
39.Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40.Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles.				
41.Prefiero planear mis actividades.				
42.Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43.Soy bueno para organizar mi tiempo.				