

Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama

Fresia Paloma Hernández Moreno¹ y René Landero Hernández
Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de pacientes con cáncer de mama. Se realizó con una muestra no probabilística de 52 mujeres con cáncer de mama. Se encontró una relación entre TEPT y estrés ($r = .344$, $p = .014$), TEPT y depresión ($r_s = .346$, $p = .013$). El TEPT correlacionó con evitación cognitiva ($r = .437$, $p = .001$), TEPT y desesperanza ($r_s = .437$, $p = .001$) y TEPT con preocupación ansiosa ($r_s = .581$, $p = .001$). Las variables predictoras del TEPT fueron: estrés, depresión, evitación cognitiva y desesperanza, explicando el 43.9% de la varianza.

Palabras Clave: TEPT, Depresión, Estrés, Estrategias de Afrontamiento, Cáncer de Mama

Psychosocial Aspects Related with PTSD in Patients with Breast Cancer

Abstract

The aim of the study was analyze the relationship of stress, depression and coping strategies with PTSD in a sample of patients with breast cancer. With a nonrandom sample of 52 women with breast cancer. The results indicate a relationship between PTSD and stress ($r = .344$, $p = .014$), PTSD and depression ($r_s = .346$, $p = .013$), PTSD and cognitive avoidance ($r = .437$, $p = .001$), PTSD and hopelessness ($r_s = .437$, $p = .001$) and the anxious concern with PTSD ($r_s = .581$, $p = .001$). The predictors of PTSD were stress, depression, cognitive avoidance and hopelessness, explaining 43.9% of the variance.

Keywords: PTSD, Depression, Stress, Coping, Breast Cancer

Original recibido / Original received: 18/07/2014

Aceptado / Accepted: 03/11/2014

¹ Fresia Paloma Hernández Moreno, Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL, Facultad de Psicología. Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 66451 México. Tel. (81) 83294050. e-mail: fresiahdez@hotmail.com, rlandero1_mx@yahoo.com.mx

Introducción

El cáncer puede conceptualizarse como un evento traumático, ya que se presenta una serie compleja de estresores y reacciones psicológicas que pueden irse acumulando. Todo esto derivado del diagnóstico y tratamiento del cáncer. Por lo cual esta experiencia puede verse como un conjunto de traumas discretos que pueden generarse en cada una de las etapas del proceso de enfermedad (Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997).

Menhert y Koch (2007), evaluaron la sintomatología de estrés agudo (TEA) y postraumático en una muestra de pacientes con cáncer de mama o de sospecha de malignidad. Evaluaron tras la cirugía, donde encontraron un porcentaje de prevalencia de TEPT del 18.5% y seis meses después una prevalencia de 16.3% de TEPT. Además, informaron que las mujeres con diagnóstico de TEPT relacionado con el cáncer o TEA tenían más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

Los problemas físicos asociados al cáncer pueden ser interpretados como fuente de estrés (Constanzo et al., 2007). Silva y Dos Santos (2010), encontraron en su investigación con mujeres con cáncer de mama, que los principales factores estresantes eran: la alteración de su cuerpo debido a los diversos tratamientos, la recurrencia de pensamientos y sentimientos experimentados en relación a su condición de salud, los conflictos que se generaron en sus áreas familiares y sociales, así como el aspecto laboral, debido a las alteraciones experimentadas en su capacidad productiva en ésta área.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se asocian con el cáncer (Cano, 2005; Mate, Hollenstein & Gil, 2004). Además, existe evidencia de que la depresión produce cambios en el sistema inmunológico y endócrino (Tobón & Vinaccia, 2003). Según el estudio de Ornelas-Mejorada & Sánchez-Sosa (2011) en pacientes con cáncer de mama que estaban recibiendo radioterapia, las pacientes deprimidas tenían más efectos secundarios como resequedad de boca, irritación en la piel, y dolor en la zona radiada.

El mejor indicador de cómo sobrellevará una mujer el cáncer de mama será su modo de afrontar la situaciones traumáticas (Haber, 2000). Ya que como lo menciona Fawzy et al., (1993), el afrontamiento activo ante una enfermedad de gravedad está asociado a la reducción de la tensión asociada a dicha patología. Respecto al afrontamiento al cáncer, Greer, Morris y Pettingale (1979) identificaron cinco tipos de ajuste al cáncer: Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva, Fatalismo, Desamparo/desesperanza y Preocupación Ansiosa. Estos los definen como las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante su diagnóstico de cáncer.

Varios estudios centrados en evaluar la utilización de la preocupación ansiosa en pacientes con diversos tipos de cáncer, han encontrado asociada a elevados niveles de depresión y ansiedad (Ferrero, Barreto & Toledo, 1994; Schwartz, Daltroy, Brandt & Friedman., 1992). Existe una similitud entre esta estrategia de afrontamiento, y los síntomas de activación del TEPT, en cuanto al estado de alerta y focalización y los síntomas del TEPT que se han observado en pacientes con cáncer (Cordova et al., 1995; Eckhardt, 1998).

Por su parte, Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011), revelaron que las distintas formas de afrontar la experiencia de cáncer generan diferencias en el bienestar psicológico de estas personas, sugieren que la evitación de pensamientos relacionados con la enfermedad está relacionada con menor nivel de bienestar y un menor nivel de autoconfianza, peores relaciones sociales y un menor sentido vital. Así como la utilización de estrategias de afrontamiento activo, las cuáles se refieren al enfrentamiento de los estresores por medio de la búsqueda activa de apoyo social y/o mediante la reestructuración cognitiva, esta entendida como el cambio al significado del evento estresante, está asociado con una mejor calidad de vida en este tipo de pacientes (Mera & Ortiz, 2012).

Por lo que este tipo de pacientes puede tener riesgo de depresión debido a pobres habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social, antecedentes de problemas psicológicos, así como también la edad temprana podría ser un factor de riesgo de desarrollar sintomatología de TEPT (Fischer & Wedel, 2012).

Partiendo de lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación del estrés percibido, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el Trastorno de Estrés Postraumático en una muestra con mujeres con cáncer de mama, así como la identificación de las variables predictoras de sintomatología de TEPT.

Método

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que se atendían en la Clínica de Mama del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda del municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León, se consideraron como criterios de inclusión, que fueran mayores de 25 años, además de que contaran con habilidades de lecto escritura para el auto llenado de los instrumentos. Como criterios de exclusión se fijaron el no estarse atendiendo en el hospital antes mencionado por motivo de cáncer de mama, además de contar con alguna enfermedad incapacitante a nivel funcional que impidiera el llenado de los instrumentos o el negarse a participar en el estudio. La muestra estuvo conformada por un total de 52 pacientes.

Procedimiento

La recolección de los datos se realizó acudiendo al hospital antes mencionado, los cuestionarios fueron auto aplicables y previamente a la entrega de estos se procedió firmar la hoja de consentimiento informado en el que se les garantizaba la confidencialidad y se les hacía saber sus derechos como pacientes. Todo esto de acuerdo a los lineamientos de investigación de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002). Después de esto se procedió al auto llenado de los instrumentos por parte de las participantes.

Instrumentos

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale, Mini-MAC, Watson, Law, Dos Santos, Greer, Barich & Bliss, 1994). Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó, el Mini-MAC el cual constituye la versión revisada y abreviada de una escala previa, la escala MAC (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson). El Mini-MAC consta de 29 ítems (escala tipo Likert de 4 puntos), desarrollados para evaluar cinco posibles estrategias de afrontamiento ante el cáncer: Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva y Fatalismo. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .89.

Escala del Impacto del Acontecimiento-Revisada (Impact of Event Scale-Revised, IES-R, Weiss & Marmar, 1997). Se utilizó este instrumento para evaluar la variable de estrés postraumático. Este originalmente desarrollado por Horowitz, Wilner & Álvarez (1979) y posteriormente revisado por Weiss y Marmar (1997), consta de un total de 22 ítems que evalúan, a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, los síntomas característicos del TEPT: intrusión, reexperimentación, evitación y aumento persistente del nivel de activación, ante la presencia de un acontecimiento traumático -en nuestro caso el cáncer. El IES-R constituye un instrumento que, siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994), permite rastrear cada uno de los diferentes grupos de síntomas de TEPT, esta revisión de la escala arrojó un alfa de Cronbach de .90. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .88.

Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS). Para medir depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria elaborada por Zigmond y Snaith (1983). En este estudio se utilizó la versión española de Tejero, Guimerá, Farre y Peri (1986), el cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .80. La puntuación va de Igual que antes -0- a ya no disfruto con nada -3-. La mayor puntuación corresponde a mayor ansiedad o depresión según la sub escala. De esta escala solo se utilizaron los 7 ítems correspondientes a depresión. Teniendo un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 21, para la sub escala de depresión. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .83.

Escala de Estrés Percibido. Para medir el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. En este estudio se utilizó la adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$). La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invertiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala cuenta con un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 56. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .79.

Análisis estadísticos

Una vez que se recolectaron los datos, se capturaron en el programa estadístico SPSS 18. Posterior a esto se analizó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos de evaluación, obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Primeramente se revisó la normalidad de cada escala con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, siendo significativas las variables depresión ($p=.000$) y las sub escalas del Mini MAC, desesperanza ($p=.000$), espíritu de lucha ($p=.000$), fatalismo ($p=.000$) y preocupación ansiosa ($p=.000$), lo cual nos indicó la ausencia de normalidad de dichas variables.

Las correlaciones se calcularon mediante el coeficiente producto momento de Pearson y Spearman según correspondía. Finalmente, se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple por el método *introducir*.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra total de participantes fue de 52 mujeres con cáncer de mama del estado de Nuevo León, que se atienden en el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". La media de edad fue de 52.4 (D.E.=10.7), con un rango entre 31 y 82 años. La media de años de estudio fue de 7.8 años (D.E.= 3.9) lo cual corresponde a secundaria trunca. El estado civil de las participantes estuvo conformado por 4 (7.7%) solteras, 27 (51.9%) casadas, 2 (3.8%) divorciadas, 4 (7.7%) divorciadas, 6 (11.5%) dijeron estar en unión libre y 9 (17.3%) viudas. El tiempo de diagnóstico promedio de la muestra fue de 19.9 (D.E.= 29.3) meses con un rango de 1 a 168 meses.

Se realizaron los análisis descriptivos de las variables incluidas en el estudio, mostrando los resultados en la Tabla 1.

Tabla 1
Análisis descriptivos de las variables (n=52)

	EP	DE	EC	DA	PA	FA	EL	TEPT
Media	20.4	3	9.9	11.7	14.3	17.2	13.8	25.7
Mediana	20	2	10	10	14	18	15	23
D. E.	7.9	3.7	3	4.6	4.9	3.5	2.6	17.7

EP: Estrés Percibido, DE: Depresión, EC: Evitación Cognitiva, PA: Preocupación Ansiosa, FA: Fatalismo, EL: Espíritu de Lucha, TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático.

Se propuso analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con la sintomatología del TEPT en mujeres con cáncer de mama. Las variables que correlacionaron significativamente con el TEPT fueron el estrés percibido ($r=.344$, $p=.014$), la depresión ($r_s=.346$, $p=.013$). De las estrategias de afrontamiento al cáncer se encontró una relación entre el TEPT y la evitación cognitiva ($r=.437$, $r=.001$), desesperanza ($r_s=.437$, $p=.001$) y preocupación ansiosa ($r_s=.581$, $p=.000$). No correlacionaron las variables de espíritu de lucha ($r_s=.025$, $p=.827$) y fatalismo ($r_s=.081$, $p=.477$).

Finalmente, se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple por el método introducir, con la variable TEPT como dependiente y estrés, depresión, evitación cognitiva, desesperanza y preocupación ansiosa como independientes. Se obtuvo un modelo, en el cual el cambio de F fue significativo ($p<.05$), el valor estadístico de Durbin-Watson fue de 2.033 con un rango de confianza de .96 a .99, por lo que se considera adecuado, el modelo de regresión el cual explica 43.9% de la varianza. Tal como se puede observar en la Tabla 2, el coeficiente de determinación fue de $R=.663$ ($R^2=.439$), el coeficiente Beta de la variable depresión fue negativo ($\beta=-.292$, $t=-2.42$, $p<.05$), esto significa que a mayor depresión, será mayor la sintomatología de TEPT. El coeficiente de estrés fue positivo ($\beta=.328$, $t=2.74$, $p<.05$), es decir que a mayor estrés mayores será la probabilidad de desarrollar sintomatología postraumática. Y respecto a la utilización de la evitación cognitiva como estrategia de afrontamiento, esta tuvo un coeficiente Beta también positivo ($\beta=.296$, $t=2.53$, $p<.05$) y finalmente desesperanza también positivo ($\beta=.386$, $t=3.16$, $p<.05$), es decir que a mayor uso de estas dos estrategias de afrontamiento, será mayor la posibilidad de que exista sintomatología de TEPT.

Tabla 2
Análisis de regresión TEPT

TEPT (VD)	R	B	Beta	T
Constante		-34.48		-3.082**
Depresión	-.028	-.7.44	-.292	-2.424 *
Estrés	.343	.723	.328	2.744**
Evitación cognitiva	.437	1.68	.296	2.535*
Desesperanza	.490	10.9	.386	3.162**

* $p < .05$ ** $p < .01$ $R = .663$, $R^2 = .439$, $R^2_{aj} = .391$ $F = 9.197$, $gl = 4$, $p < .000$

Discusión/Conclusiones

Partiendo del objetivo de esta investigación, en el cual se propuso analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el TEPT en mujeres con cáncer de mama, los resultados fueron concluyentes respecto a la relación entre el estrés percibido y el TEPT, ya que como en otras investigaciones se ha encontrado, el estrés tiene un poder predictivo sobre el TEPT en personas

con cáncer, ya que en ambos se hace una evaluación del acontecimiento como dañino o amenazante, el cual afecta a la seguridad, la propia persona, el futuro y pone en peligro su bienestar, diferenciándose en aspectos importantes, como la temporalidad, ya que el estrés se refiere a hechos presentes y en el TEPT una característica esencial es la persistencia de las reacciones de estrés más allá de la finalización del evento traumático.

Como lo menciona Kangas, Henry & Bryant (2005a), en su estudio en el que los pacientes que cumplieron con el Trastorno de Estrés Agudo en la primera evaluación después del diagnóstico de cáncer pulmonar y de cabeza y cuello, cumplieron con los criterios del TEPT a los seis meses en un 53% y tiempo después, el 64% de los que habían cumplido los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Agudo inicialmente.

La depresión también correlacionó de manera significativa con el TEPT, la cual puede verse como una respuesta emocional al proceso del cáncer, por lo que si existen síntomas depresivos en las pacientes, habrá más posibilidades de desarrollar el TEPT, además de que también se puede considerar como una respuesta emocional a partir del desarrollo de síntomas o diagnóstico del TEPT. Estos resultados son consistentes con los reportados en el estudio de Gonçalves, Jayson, y Tarrier (2011) con mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario, en el cual se encontró una relación entre el TEPT y la depresión. Tal como lo mencionan Kessler et al. (1995), el trastorno relacionado más frecuentemente con el TEPT, después de una exposición a un evento traumático, es la depresión. Además, como lo mencionan Mehnert y Koch (2007), las mujeres con diagnóstico de estrés postraumático relacionado con el cáncer o trastorno de estrés agudo tienen más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

Cuando un evento se percibe como estresante o amenazante es de acuerdo a la interpretación que se hace de este y no del evento en sí, así como también de las estrategias personales con las que se cuente para enfrentar la situación, como es el caso de las estrategias de afrontamiento al estrés, las cuales se refieren a las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante el diagnóstico de cáncer (Greer, Morris & Pettingale, 1979).

En el presente estudio, se encontró una relación entre la evitación cognitiva y el TEPT, la cual como se sabe se refiere al bloqueo de pensamientos y sentimientos asociados a la enfermedad, así como la minimización de la gravedad de la misma. La utilización de este tipo de estrategia de afrontamiento al cáncer puede ser contraproducente ya que impide la transformación de la percepción de la amenaza en una que pueda manejarse. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Elklit y Bloom (2011), quienes encontraron que las estrategias de evitación predicen el TEPT en pacientes con cáncer de mama. Tal como lo mencionan Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011), dicho estilo de afrontamiento basado en la negación puede potenciar experiencias negativas. Por el contrario, algunos autores han relacionado el afrontamiento evitativo con un mejor ajuste psicológico, mayor calidad de vida y mayores tasas de supervivencia (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Greer, Morris & Pettingale, 1979; Greer, Morris, Pettingale & Haybittle, 1990).

La desesperanza se considera como una estrategia de afrontamiento al cáncer en el que la paciente puede sentir que no puede hacer nada por mejorar su estado de salud y que no cuenta con los recursos necesarios para afrontar la situación, es decir, la ausencia de control percibido. En el presente estudio se ha encontrado una relación significativa de este estilo de afrontamiento con la sintomatología de TEPT, siendo esto similar a los resultados de Pérez et al. (2014), en el que el desamparo/desesperanza se mostró como mejor predictor de la sintomatología de TEPT en su estudio longitudinal en mujeres con cáncer de mama.

Finalmente, la preocupación ansiosa correlacionó de manera positiva con el TEPT, la cual se caracteriza por la búsqueda excesiva de información respecto al cáncer y continua preocupación y alerta ante cualquier síntoma físico, siendo estos resultados consistentes con los encontrados con Pérez et al., (2014). Tal y como Eckhardt (1998) propone, existe una similitud entre esta estrategia de afrontamiento en cuanto al estado de alerta y focalización en las propias sensaciones corporales y los síntomas de activación de TEPT observados en pacientes de cáncer (Cordova et al., 1995). Además, este resultado podía esperarse debido a que las reacciones intrusivas, rumiativas y evitativas pueden ser consideradas como criterios del TEPT (Kangas, Henry & Bryant, 2005a).

No se encontró relación entre las estrategias de afrontamiento de espíritu de lucha y fatalismo. Este último, considerado como una actitud de resignación, en la que las pacientes pueden experimentar el cáncer como una amenaza menor y no existe ningún control ante la situación, esto debido a la ausencia de una estrategia de lucha activa contra el cáncer y todas sus implicaciones. Una explicación a este resultado podría ser desde la percepción de poca amenaza de la enfermedad, por lo cual podría haber una reducción en la tensión emocional y en los pensamientos negativos asociados a la enfermedad. Estos resultados difieren a los encontrados por Levine et al. (2005), el cual menciona que este estilo de afrontamiento está asociado a la sintomatología del TEPT.

La ausencia de relación entre la estrategia de espíritu de lucha y la sintomatología del TEPT era de esperarse, ya que ésta es considerada como una estrategia de afrontamiento activa en el que la paciente percibe la enfermedad como un reto con una tendencia a afrontar activamente la enfermedad. Ya que existe una relación inversa entre este tipo de afrontamiento y emociones negativas, como pueden ser la culpa, hostilidad, depresión y ansiedad, como ya lo han encontrado diversos autores (Burguess, Morris & Pettingale, 1987; Nelson, Friedman, Baer, Larie & Smith, 1989; Watson et al., 1991). Como lo menciona Brennan (2001), las respuestas de afrontamiento activo se relacionan con una buena adaptación psicológica, ya que el alcanzar niveles óptimos de afrontamiento son necesarios para disminuir el riesgo de desarrollar TEPT (Corzo & Bohorquez, 2009).

Las variables que se encontraron como predictoras del TEPT son estrés, depresión, evitación cognitiva y desamparo/desesperanza. Esto aporta un posible perfil psicológico de la paciente con cáncer de mama con mayor probabilidad de desarrollar la sintomatología del TEPT, caracterizado por manifestar estrés

percibido, depresión y la utilización del desamparo/desesperanza y la evitación cognitiva como tipo de afrontamiento al estrés.

Algunas de las limitaciones del presente estudio que es importante mencionar para que se consideren en futuros estudios. Una de ellas fue que es un estudio transversal y sería de gran aporte la aplicación de estudios longitudinales en los que se puedan identificar las etapas del proceso del cáncer es las que se presentan con más intensidad las variables predictoras del TEPT, ya que sería de gran ayuda al momento de elaborar tratamientos psicológicos.

Otra limitación del presente estudio fue el hecho de la utilización de un auto informe para la evaluación del TEPT, ya que como es sabido, esto solo nos puede dar información sobre casos que pueden ser susceptibles a recibir un diagnóstico clínico. Sería importante que se considerara la utilización de una entrevista clínica que pueda dar como resultado información diagnóstica del TEPT.

Con lo anterior, se pretende que los resultados de esta investigación se tomen en cuenta por las personas que trabajen en el área de psicooncología y quienes tratan directamente con este tipo de pacientes, para que se elaboren programas de intervención oportuna en los que se consideren estos aspectos como centrales al momento de trabajar en la prevención del desarrollo de sintomatología postraumática. Se propone, debido a la evidencia que existe en el tratamiento de esta patología los programas con enfoque cognitivo-conductual y la intervención terapéutica por medio de EMDR, la cual se ha demostrado como una alternativa efectiva para el tratamiento de este trastorno, así como trastornos o síntomas comorbidos.

Se propone la atención oportuna mediante estas herramientas, la reducción y el tratamiento del estrés percibido, la sintomatología depresiva, así como intervención psicológica en el desarrollo o adquisición en estrategias de afrontamiento activas, que les permitan una mejor adaptación al proceso del cáncer y se pueda reducir la posibilidad de desarrollar sintomatología del trastorno de estrés postraumático.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association [APA]. (2002). Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct. Revisado el 25 de marzo de 2012 de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K. (1987). Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (3), 263-272.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Constanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., Roman, S.L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625-1631.

- Cordova, M. J., Andrykowsky, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A. & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of traumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 981-986.
- Corzo, P. A. & Bohorquez, A. P. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista Med*, 17(1), 14-19.
- Eckhardt, J. R. (1998). *Coping style and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Primary Breast Cancer*. Tesis doctoral inédita. Faculty of The California School of Professional Psychology at Alameda. California.
- Elklit, A., & Blum, A. (2011). Psychosocial adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: a prototype study of delayed PTSD. *British Journal of Psychology*, 50, 350-363.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrences and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Ferrero, J., Barreto, P. & Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cáncer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Fischer, D. & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s12254-012-0327-2>.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gonçalves, V., Jayson, G. & Tarrier, N. (2011). A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 422-431. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.017>
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.
- Green, B. L., Epstein, S. A., Krupnick, J. L. & Rowland, J. H. (1997). Trauma and medical illness: assesing psychological trauma-related disorders. En J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assesing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guildford Press.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 785-787.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. & Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet*, 335, 49-50.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Horowitz, M. J., Wilner, M. & Álvarez, W. (1979). Impact of Events Scale: Ameasure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Kangas, M., Henry, J. L. y Bryant, R. A. (2005a). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 360-364.
- Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2005b). Predictors of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 360-364.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Levine, E. G., Eckhardt, J. & Targ, E. (2005). Change in posttraumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(8), 618-635.
- Mate, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1, 211-230.

- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16 (3), 181-188. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1057>.
- Mera, P.C. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>.
- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. & Smith, F. E. (1989). Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4), 341-355.
- Ornelas-Mejorada, R.E. & Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Pérez, S., Galdón, M. J., Andreu, Y., Ibañez, E., Durá, E., Conchado, A. & Cardeña, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors and mediation. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 234-231.
- Schroevers, M. J., Kraaij, V. & Garnefski, N. (2011). Cancer patients experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1718>
- Schwartz, C. E., Daltroy, L. H., Brandt, U., Friedman, R. & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210.
- Silva, G. & Dos Santos, M.A. (2010). Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18(4), 1-8.
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. & Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD. (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13, 161-174.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M. & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the Mac scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Barich, J. & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the manual of then mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The impact of event scale-revised. En J. Wilson & M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361-370.