

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS
POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR
AREQUIPA 2019”**

Tesis presentada por la Bachiller:
Flores Rivera, Mariagracia Vanessa

Para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujano

Asesor: Cuno Velásquez, Lizbeth

**Arequipa - Perú
2019**



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 76 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

MARIAGRACIA VANESSA FLORES RIVERA

Nuestro dictamen es:

OBSERVACIONES:

APTA

Arequipa, *8-3-19*

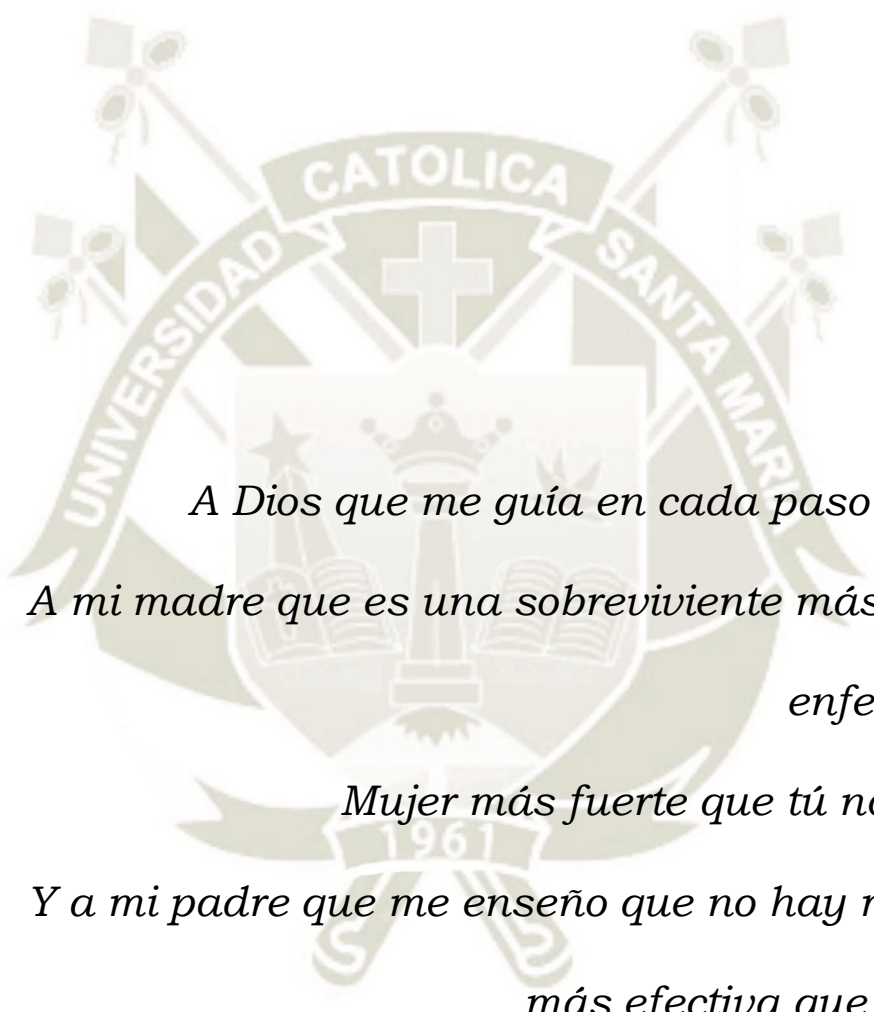
J. Alvarado
.....
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Dr. José Alvarado Aco
MÉDICO - PSIQUIATRA
C.M.P. 14051 - R.N.E. 9805

Guillermo Pacheco
.....
DR. GUILLERMO PACHECO CHÁVEZ

Lily Montesinos
.....
DRA. LILY MONTESINOS VALENCIA
Médico Internista - Nefróloga
C.M.P. 19206 R.N.E. 11107

Guillermo Pacheco
.....
DR. GUILLERMO PACHECO CHÁVEZ
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA
C.M.P. 46330 R.N.E. 8497



*A Dios que me guía en cada paso que doy
A mi madre que es una sobreviviente más de esta
enfermedad.*

*Mujer más fuerte que tú no la hay.
Y a mi padre que me enseñó que no hay medicina
más efectiva que el amor.*

.



Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo.

Albert Einstein

ÍNDICE GENERAL

	Página
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION.....	vii
CAPITULO I: Material y métodos.....	1
CAPITULO II: Resultados.....	6
CAPITULO III: Discusión y comentarios.....	26
CAPITULO IV: Conclusiones y Recomendaciones.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS.....	39
Anexo N°1: Ficha De Datos.....	40
Anexo 2: Escala de resiliencia de Wagnild y Young.....	41
Anexo 3: Escala de Depresión de Hamilton (17 items).....	43
Anexo 4: Matriz de datos.....	45
Anexo 5: Consentimiento Informado.....	47
Anexo 5: Proyecto de Investigación.....	48

RESUMEN

El presente trabajo de Investigación se realizó a mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la Asociación Paz y Amor perteneciente al Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo, Arequipa 2019.

Se realizó un estudio de investigación, de tipo observacional, transversal, descriptivo, de nivel correlacional. Las variables han sido investigadas y se ha recopilado la información mediante encuestas. El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de datos, en la Escala de resiliencia de Wagnild y Young (Anexo 1) y en la escala de depresión de Hamilton (Anexo 2). Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Esta investigación tiene como objetivo general establecer la influencia de la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la Asociación Paz y Amor perteneciente al Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo, Arequipa 2019.

El universo fue de toda la población que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de la Asociación antes mencionada cuyos resultados fueron: el 74.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo presentan nivel de resiliencia muy alto; el 40.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo presentan depresión menor y en el cruce de las variables según la prueba de chi cuadrado ($X^2=34.94$) muestra que la resiliencia y la severidad de los síntomas de depresión presenta relación estadísticamente significativa ($P<0.05$). Según tau b de Kendall existe una correlación inversa alta entre las variables ($\pi=-0.60$).

Palabras Clave: Resiliencia, depresión, cáncer de mama, mastectomía.

ABSTRACT

The present research work was carried out on women mastectomized for breast cancer at the Carlos A. Segúin Escobedo National Hospital, Arequipa.

A research study was carried out, it is a study that is observational, transversal, descriptive, correlational level. The variables have been investigated and the information has been collected through surveys The instrument that was used consisted of a data sheet, the Wagnild and Young Resilience Scale (Annex 1) and the Hamilton Depression Scale (Annex 2) . The variables for its processing have required the Chi square with a level of significance of 5%.

This research has as a general objective to establish the influence of resilience in the presence of depression in women mastectomized for breast cancer at the Carlos A. Segúin Escobedo National Hospital, Arequipa 2018.

The universe was of the entire population that met the inclusion and exclusion criteria of the aforementioned Hospital, whose results were: 74.0% of women mastectomized for breast cancer at the Carlos A. Segúin Escobedo National Hospital have a very high level of resilience ; 40.0% of women mastectomized for breast cancer at the Carlos A. Segúin Escobedo National Hospital show minor depression and the crossing of the variables according to the chi-squared test ($X^2 = 34.94$) shows that the resilience and severity of the symptoms Depression presents a statistically significant relationship ($P < 0.05$). According to tau b of kendall there is a high inverse correlation between the variables ($\pi = -0.60$).

Keywords: Resilience, depression, breast cancer, mastectomy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer entre las mujeres de todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Ser diagnosticado con cáncer de mama y someterse a un tratamiento contra el cáncer puede ser un evento muy estresante (1).

Se estima que un tercio de los pacientes con cáncer se enfrentan a problemas psicológicos tales como la ansiedad y la depresión, y la capacidad de resiliencia es una forma de sobrellevar y superar estos problemas psicológicos en el diagnóstico de cáncer (2).

Los estudios de comportamiento y psicosociales de los sobrevivientes de cáncer muestran una variedad de efectos de esta enfermedad y de los tratamientos en las vidas de los pacientes y sus familias. Todos estos estudios llegan a una misma conclusión: ser "libres de enfermedad" no significa estar "libres de la enfermedad" y es esta la idea que mantiene en preocupación constante a muchos de los pacientes que la padecen. El cáncer influye en todos los aspectos de la salud humana tanto en el aspecto físico, funcional, psicológico / cognitivo, social, económico y espiritual. A través del dialogo y haciendo un seguimiento de las historias de vida de los pacientes que reciben tratamiento para el cáncer, los investigadores han observado que, aunque tiene una experiencia a menudo catastrófica, muchos de ellos desarrollan un alto nivel de resiliencia cuando se enfrentan a una enfermedad (2).

El propósito de este estudio es conocer y examinar la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama post mastectomizadas y su asociación con la presencia de síntomas depresivos.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas: Encuesta

1.2. Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de datos, en la Escala de resiliencia de Wagnild y Young (Anexo 1) y en la escala de depresión de Hamilton (Anexo 2).

1.3. Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 7, paquete Office 2013 para Windows, paquete estadístico SPSS v23.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en la Asociación “Paz y Amor” que se desarrolla en el Hospital Nacional Carlos A. Seguin Escobedo, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer bimestre del 2019.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres mastectomizadas por cáncer de mama pertenecientes a la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo .

2.4. Población: Todas las mujeres mastectomizadas por Cáncer de mama pertenecientes a la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo en el periodo de estudio.

Muestra: No se considerará el cálculo de un tamaño de muestra ya que se espera encuestar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Mastectomizadas por cáncer de mama

- Participación voluntaria en el estudio.
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Pertenencia a la Asociación Paz y Amor por al menos 6 meses.
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.
 - Pacientes con diagnostico anterior de algún trastorno del estado de animo

1. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con el encargado de dicho grupo para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se abordará a los integrantes del grupo para explicar el motivo de estudio y solicitar su participación voluntaria. Se aplicarán los instrumentos de estudio.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadora
 - Asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Se empleará la escala de Wagnild –Young (35), que fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, y consta de 25 reactivos

que son puntuados en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo todos los ítems calificados positivamente, fluctuando los puntajes entre 25 a 175 puntos.

El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146 moderada resiliencia; valores menores a 121 escasa resiliencia. Cubre cinco (05) áreas o perspectivas de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems). En el Perú, la Escala original fue adaptada y analizada psicométricamente por Novella en el 2002 quien obtuvo un coeficiente alfa una consistencia interna global de 0.875 y correlaciones ítem-test que fluctúan entre 0.18 a 0.63, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0.01 ($p < 0.01$) (36).

Los factores que evalúa la escala de Resiliencia son (35):

- a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.
- e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Para evaluar la Depresión (Anexo 02) se utilizara la escala de Hamilton y el objetivo de esta es de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas, consta de 17 ítems el cual cada uno presenta puntajes: los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11 van de 0 hasta 4; los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 16 que van de 0 hasta 3 y los ítems 15 y 17 van desde 0 hasta 2 puntos, el puntaje total es 52, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera (37):

- ✓ No deprimido 0-7.
- ✓ Levemente deprimido 8-14.
- ✓ Moderadamente deprimido 15-24.
- ✓ Gravemente deprimido más 25.

Fiabilidad: La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se mostrarán como frecuencias absolutas y relativas. La relación entre variables se establecerá mediante el coeficiente de tau b de Kendall, y la comparación se hará mediante el cálculo de la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la

hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



CAPITULO II

RESULTADOS

INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019

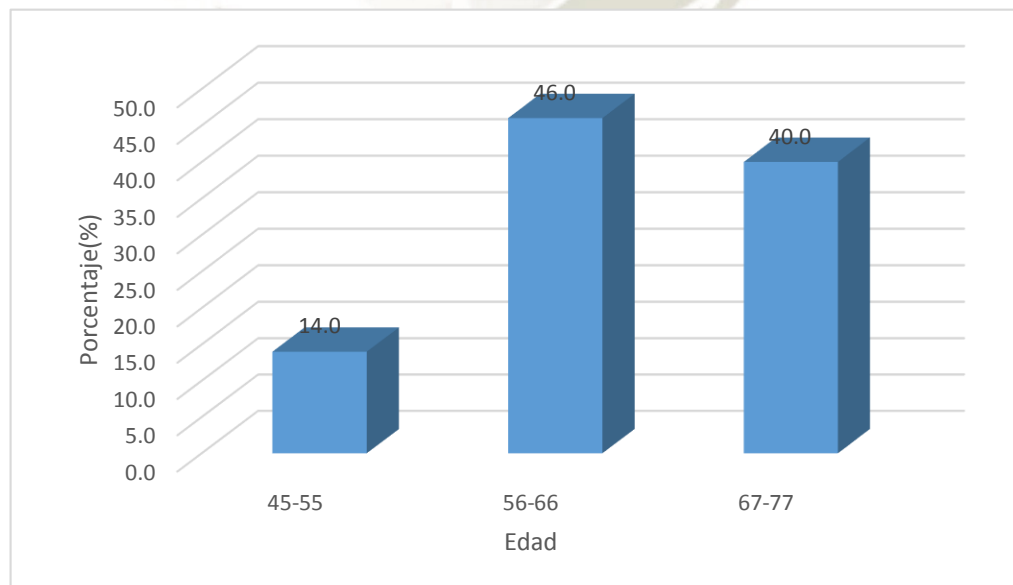
TABLA N°. 1

Edad de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Edad	N°.	%
45-55	7	14,0
56-66	23	46,0
67-77	20	40,0
TOTAL	50	100
Media/Desviación	64.14±7.75	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 46.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 tienen entre 56 – 66 años, el 40.0% tienen entre 67 – 77 años, mientras que el 14.0% tienen entre 45-55 años, la edad promedio fue de 64.14 años.



INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019

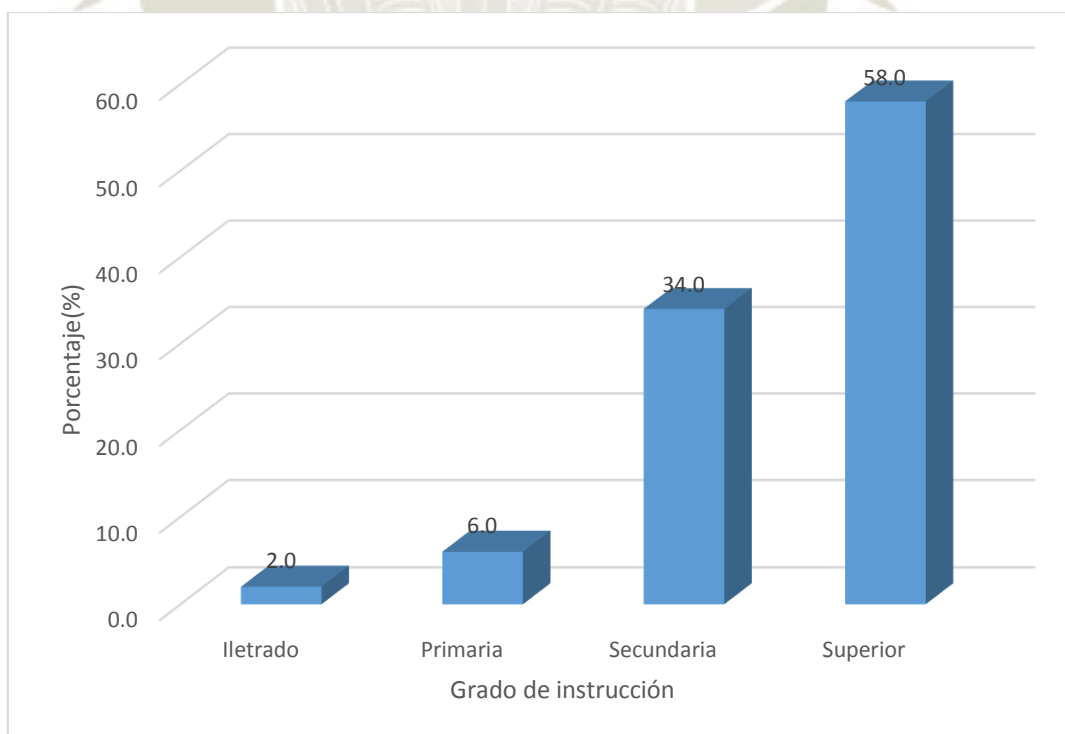
TABLA N°. 2

Grado de instrucción de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Instrucción	N°.	%
Iletrado	1	2,0
Primaria	3	6,0
Secundaria	17	34,0
Superior	29	58,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra que el 58.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 tienen instrucción superior, el 34.0% tienen instrucción secundaria, el 6.0% de las mujeres tienen instrucción primaria, mientras que el 2.0% son iletradas.



INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019

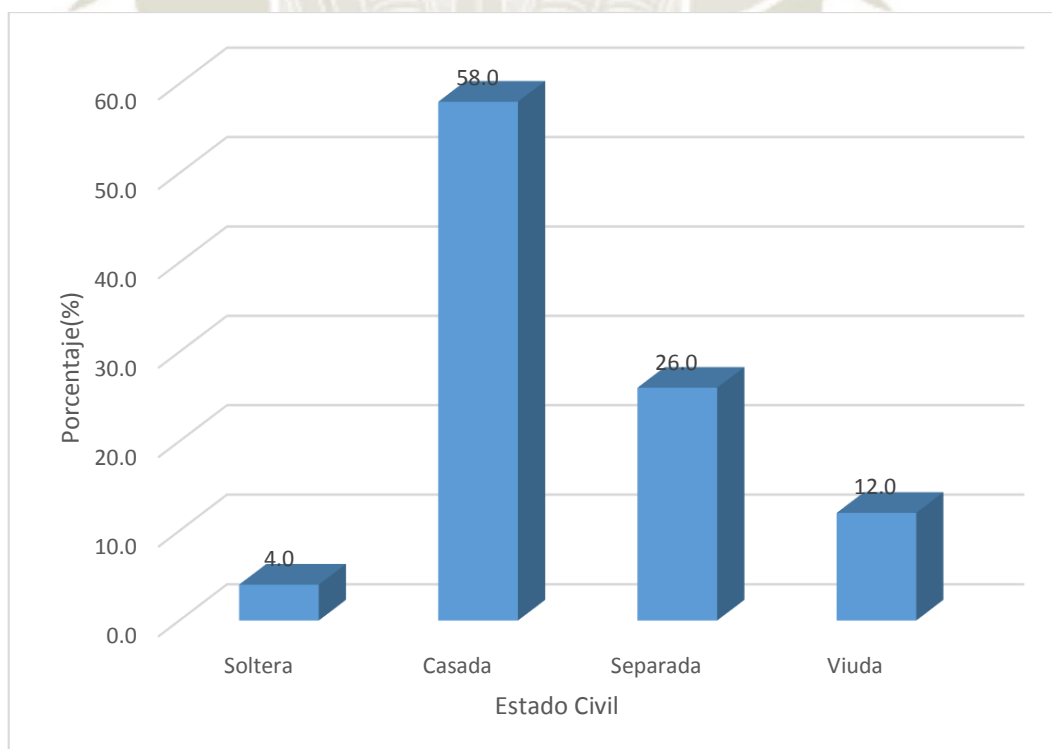
TABLA N° 3

Estado civil de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Estado Civil	N°.	%
Soltera	2	4,0
Casada	29	58,0
Separada	13	26,0
Viuda	6	12,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 3 muestra que el 58.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 son casadas, el 26.0% son separadas, el 12.0% de las mujeres son viudas, mientras que solo el 4.0% son solteras.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

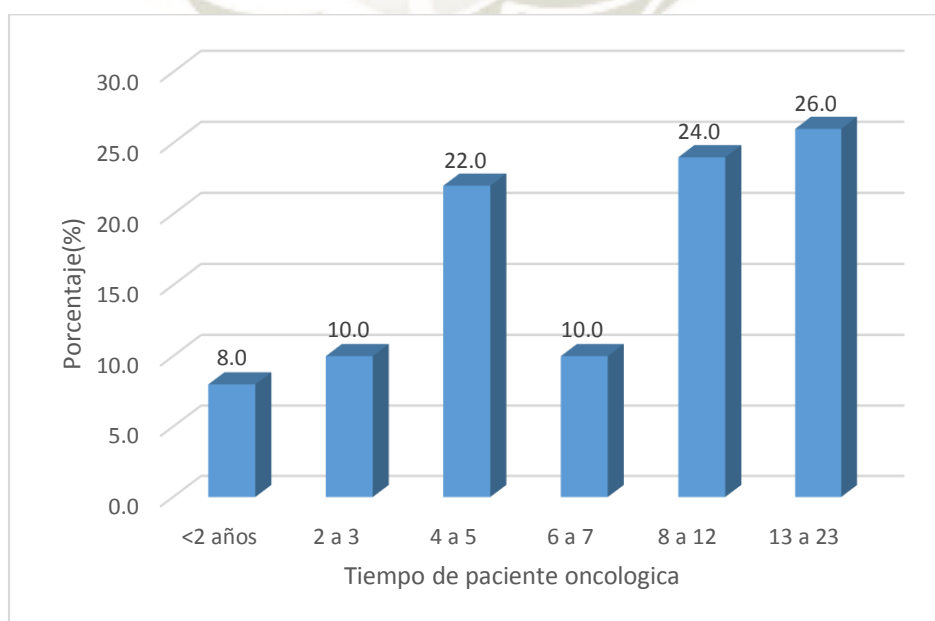
TABLA N°. 4

**Tiempo que llevan siendo pacientes oncológicas las mujeres mastectomizadas
por cáncer de mama.**

Tiempo (años)	N°.	%
<2 años	4	8,0
2-3	5	10,0
4-5	11	22,0
6-7	5	10,0
8-12	12	24,0
13-23	13	26,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que el 26.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 llevan siendo pacientes oncológicas desde hace 13-23 años, el 24.0% entre 8-12 años, mientras que el 8.0% de las mujeres son pacientes oncológicas desde hace 1-2 años.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

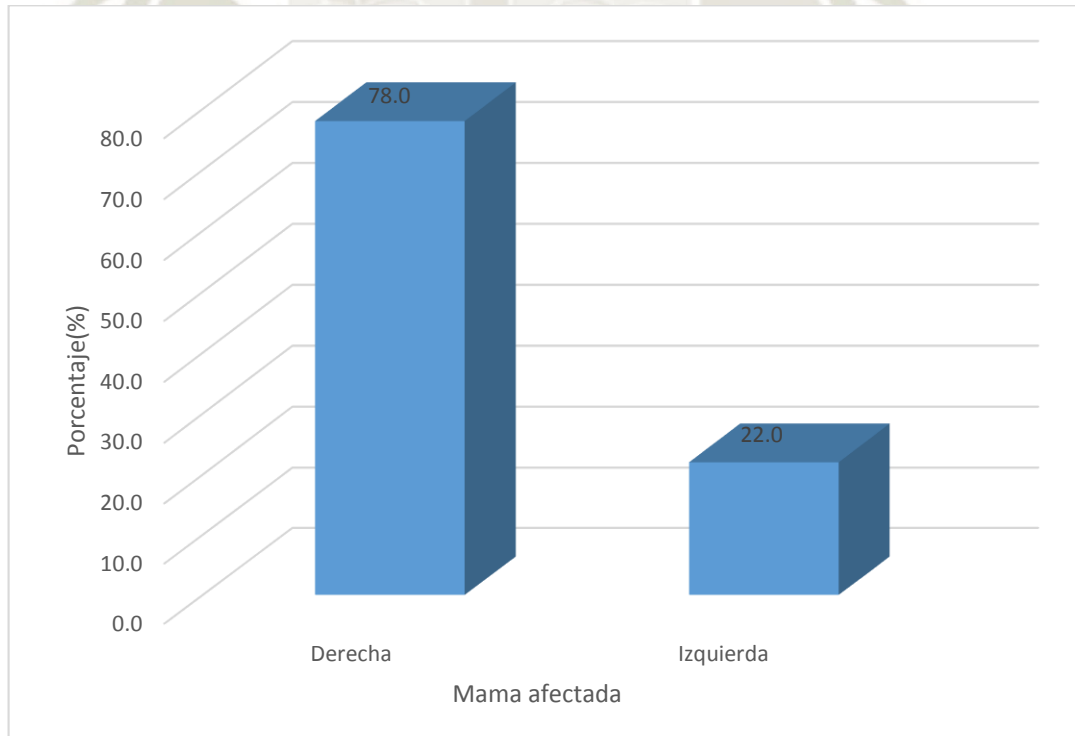
TABLA N°. 5

Mama afectada en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Mama afectada	N°.	%
Derecha	39	78,0
Izquierda	11	22,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 5 muestra que el 78.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Según Escobedo, Arequipa 2019 la mama que se vio afectada fue la derecha, mientras que el 22.0% de las mujeres vieron afectada la mama izquierda.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

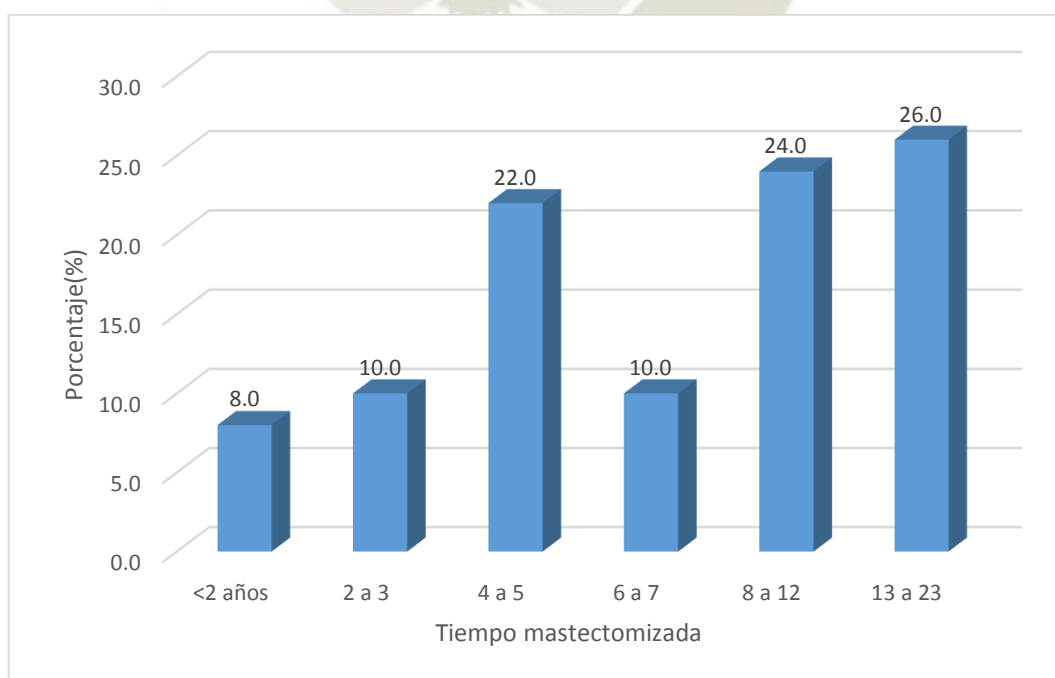
TABLA N°. 6

Tiempo de mastectomizada de las mujeres por cáncer de mama.

Tiempo mastectomizada	N°.	%
<2 años	4	8,0
2-3	5	10,0
4-5	11	22,0
6-7	5	10,0
8-12	12	24,0
13-23	13	26,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 6 muestra que el 26.0% de las mujeres con cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 fueron mastectomizadas hace 13 a 23 años , mientras que el 8.0% desde hace menos de 2 años.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

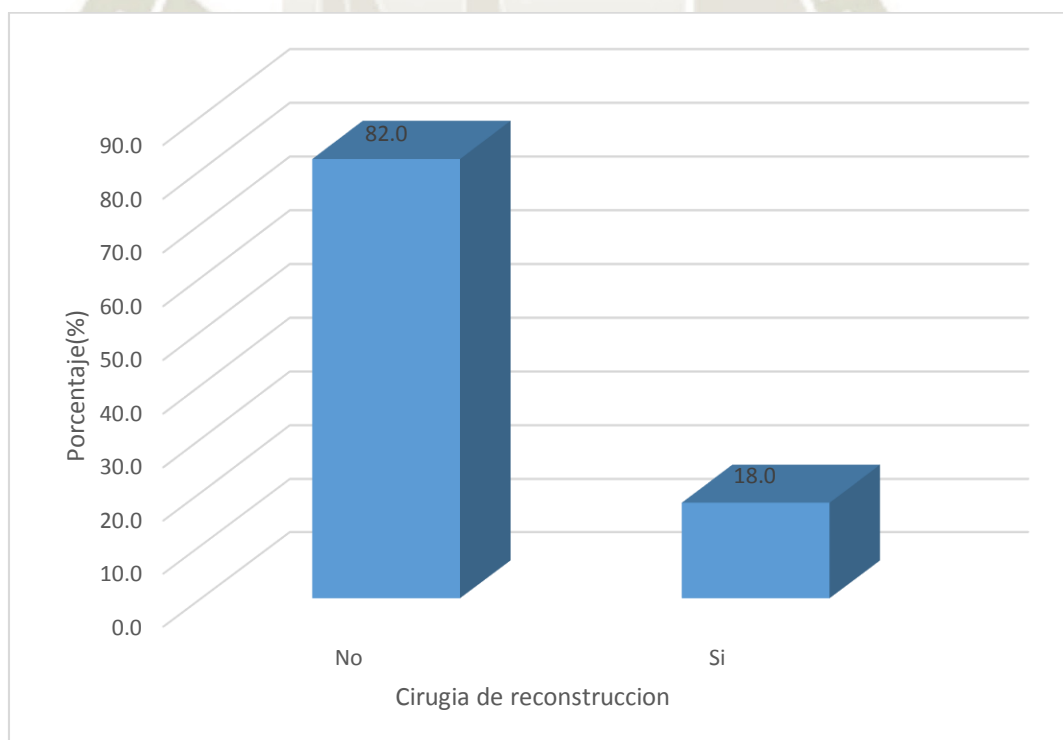
TABLA N° 7

Cirugía de reconstrucción en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

C. reconstrucción	N°.	%
No	41	82,0
Si	9	18,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 7 muestra que el 82.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Según Escobedo, Arequipa 2019 no se han sometido a cirugía de reconstrucción, mientras que el 18.0% de las mujeres si se sometieron a cirugía de reconstrucción.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

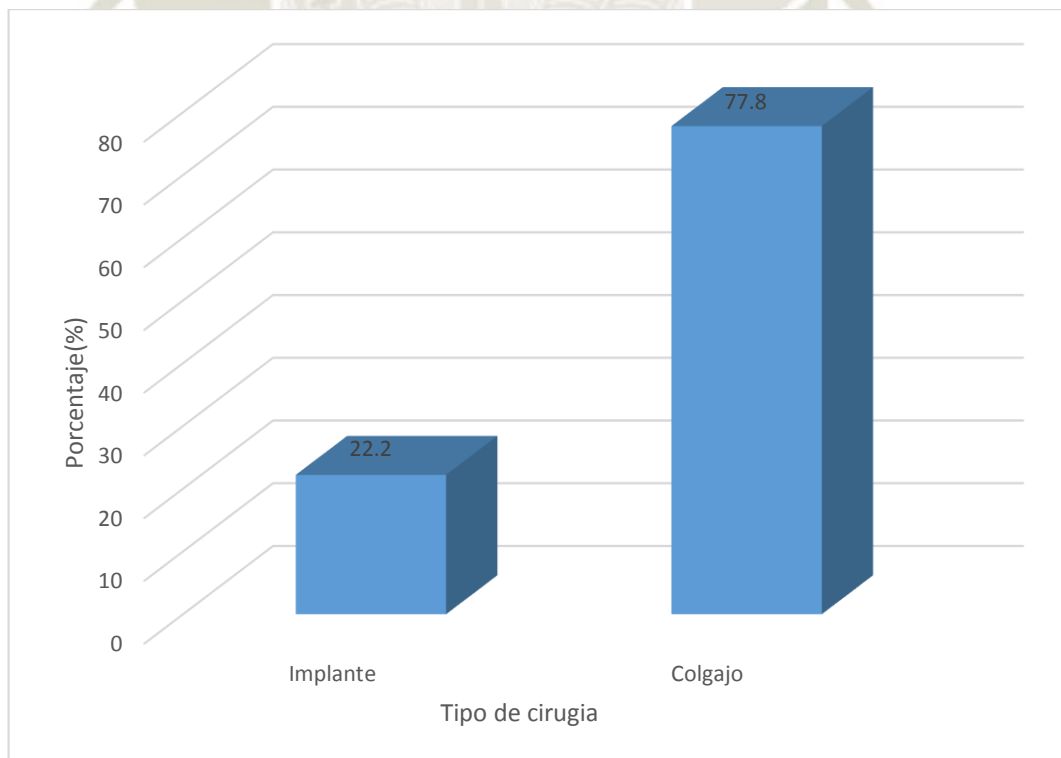
TABLA N° 8

**Tipo de cirugía de reconstrucción en las mujeres mastectomizadas por cáncer
de mama.**

C. reconstrucción	N°.	%
Implante	2	22,2
Colgajo	7	77,8
TOTAL	9	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 8 muestra que el 77.8% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 se realizaron colgajo, mientras que el 22,2% se sometieron a implante.



INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019

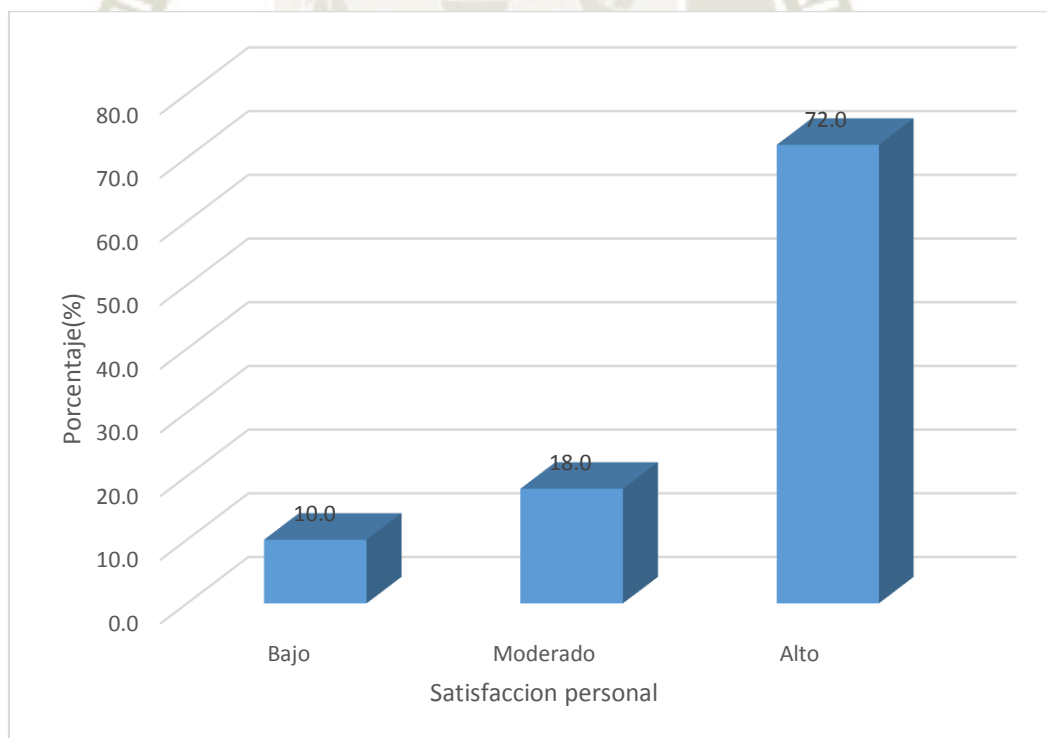
TABLA N°. 9

Satisfacción personal en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Satisfacción personal	N°.	%
Bajo	5	10,0
Moderado	9	18,0
Alto	36	72,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 9 muestra que el 72.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Segura Escobedo tienen un nivel de satisfacción personal alto, el 18.0% satisfacción moderada, mientras que solo el 10.0% de las mujeres mastectomizadas presentan bajo grado de satisfacción personal.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

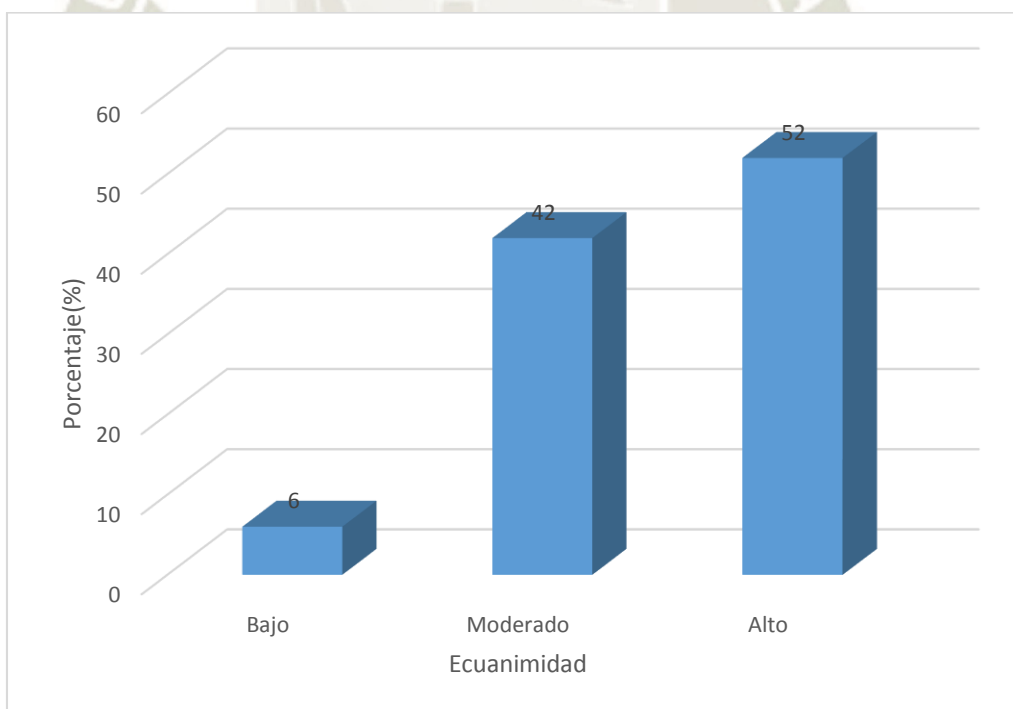
TABLA N°. 10

Ecuanimidad en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Ecuanimidad	N°.	%
Bajo	3	6,0
Moderado	21	42,0
Alto	26	52,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 10 muestra que el 52.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo tienen un nivel de ecuanimidad alto, el 24.0% ecuanimidad moderada, mientras que el 6.0% de las mujeres mastectomizadas presentan bajo grado ecuanimidad.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

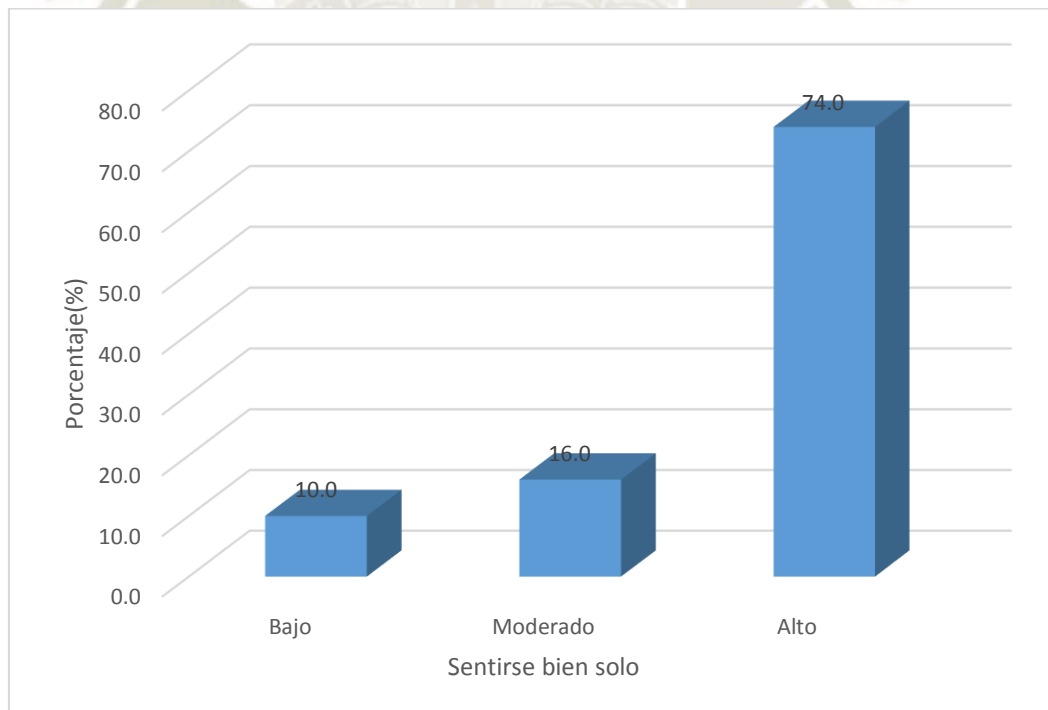
TABLA N°. 11

**Actitud de sentirse bien solo en las mujeres mastectomizadas por cáncer de
mama.**

Sentirse bien solo	N°.	%
Bajo	5	10,0
Moderado	8	16,0
Alto	37	74,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 11 muestra que el 74.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Segura Escobedo tienen un nivel alto en cuanto a sentirse bien solas, mientras que el 10.0% de las mujeres presentan un nivel bajo.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

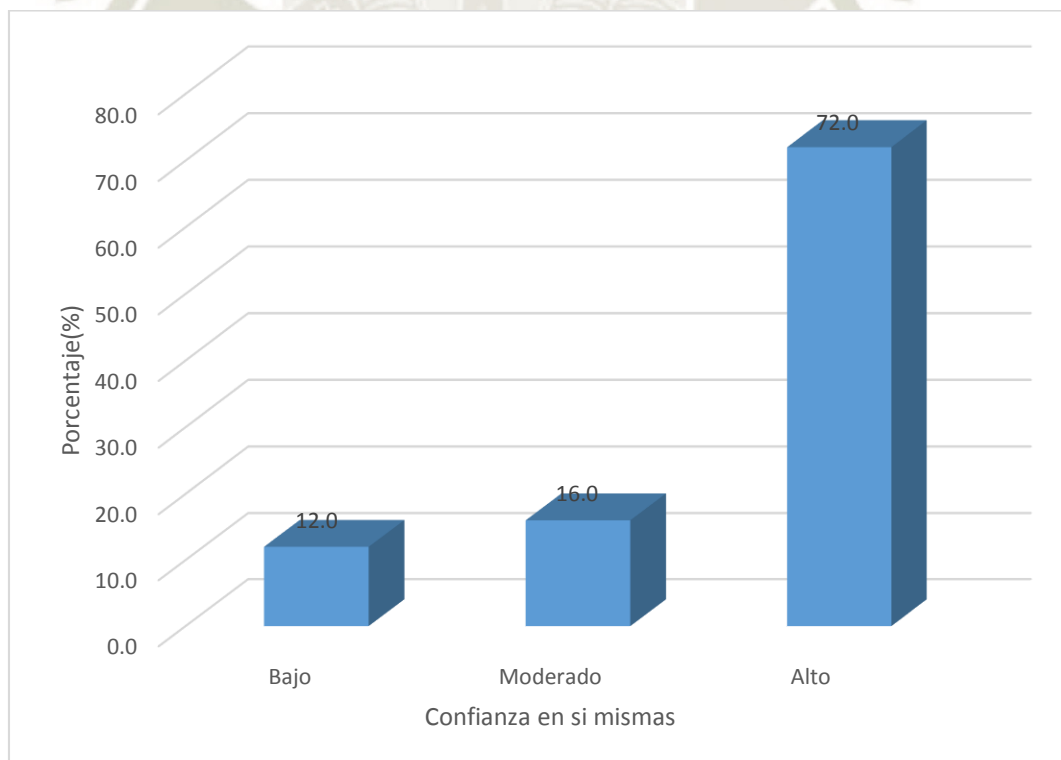
TABLA N°. 12

**Grado de confianza en sí mismas en las mujeres mastectomizadas por cáncer de
mama.**

Confianza en sí mismo	N°.	%
Bajo	6	12,0
Moderado	8	16,0
Alto	36	72,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 12 muestra que el 72.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo tienen un grado de confianza alto en sí mismas, mientras que el 12.0% presentan nivel bajo de confianza en sí mismas.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

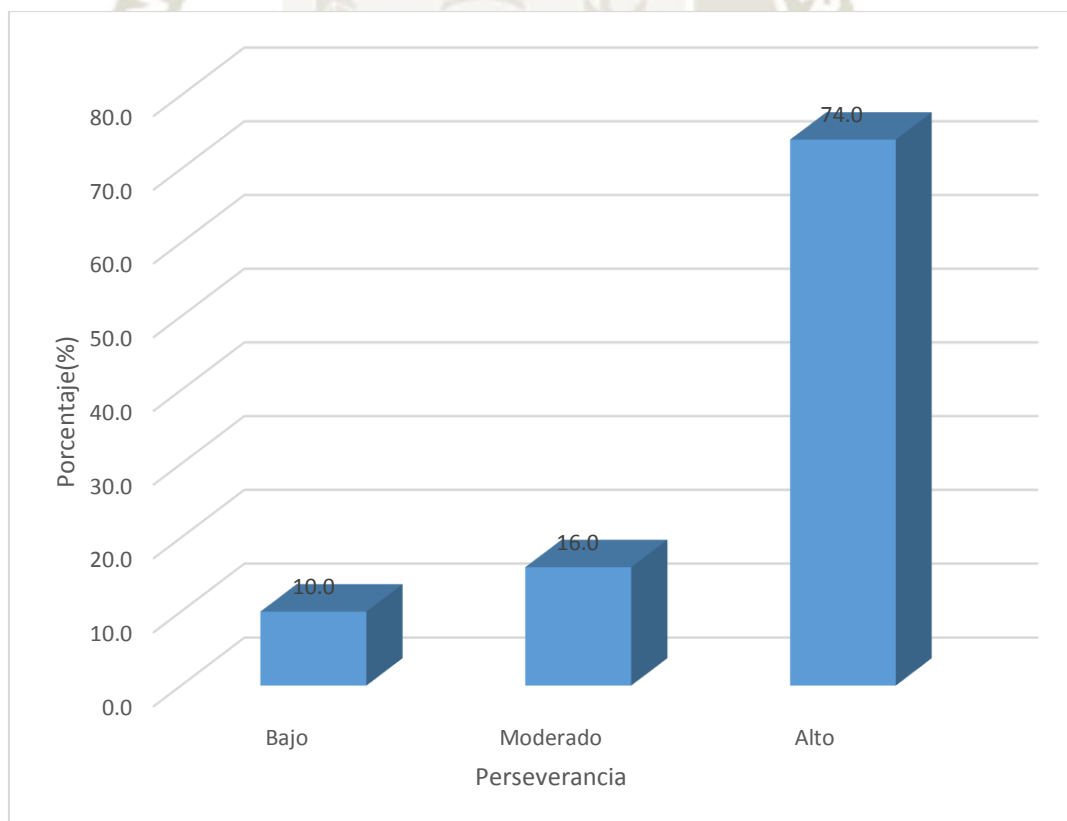
TABLA N° 13

Perseverancia en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Perseverancia	N°.	%
Bajo	5	10,0
Moderado	8	16,0
Alto	37	74,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 13 muestra que el 74.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo tienen un alto grado de perseverancia, mientras que el 10.0% presentan nivel bajo.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

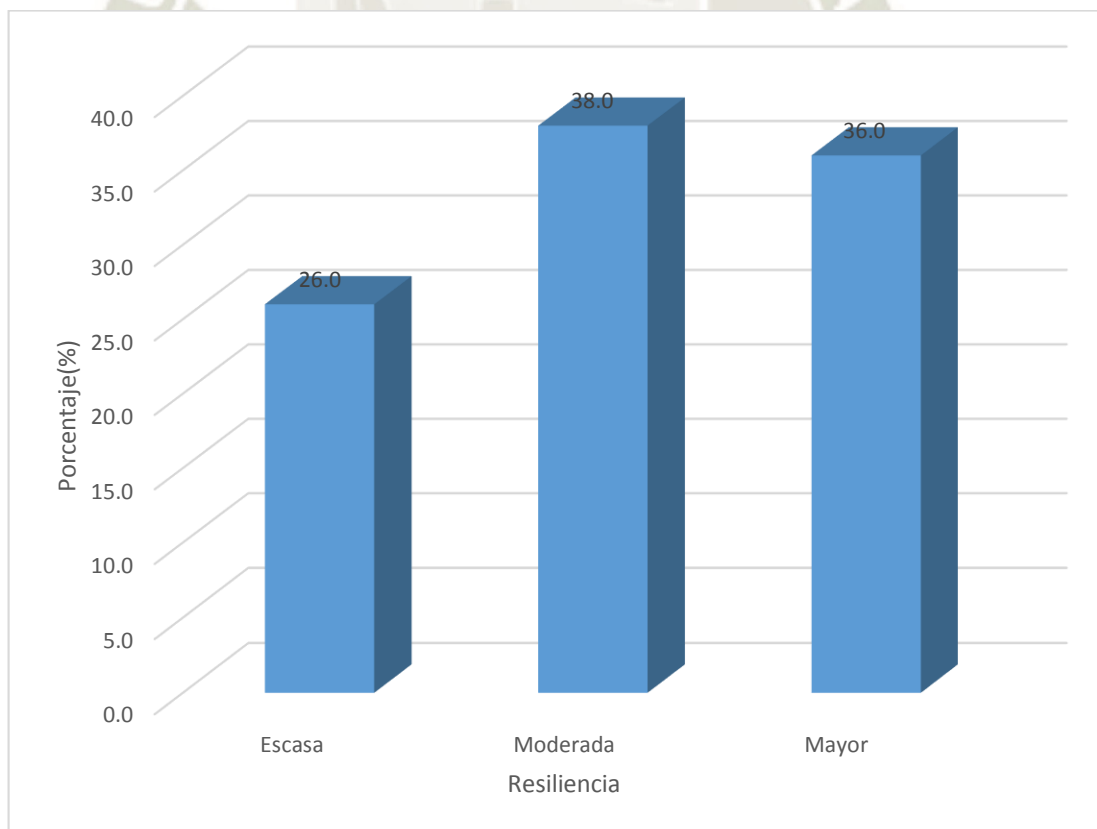
TABLA N°. 14

Niveles de resiliencia en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Resiliencia	N°.	%
Escasa	13	26,0
Moderada	19	38,0
Alta	18	36,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 14 muestra que el 38.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Segura presentan nivel de resiliencia moderada, el 36.0% tienen mayor capacidad de resiliencia, mientras que el 26.0% de las mujeres presentan escasa resiliencia.



INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019

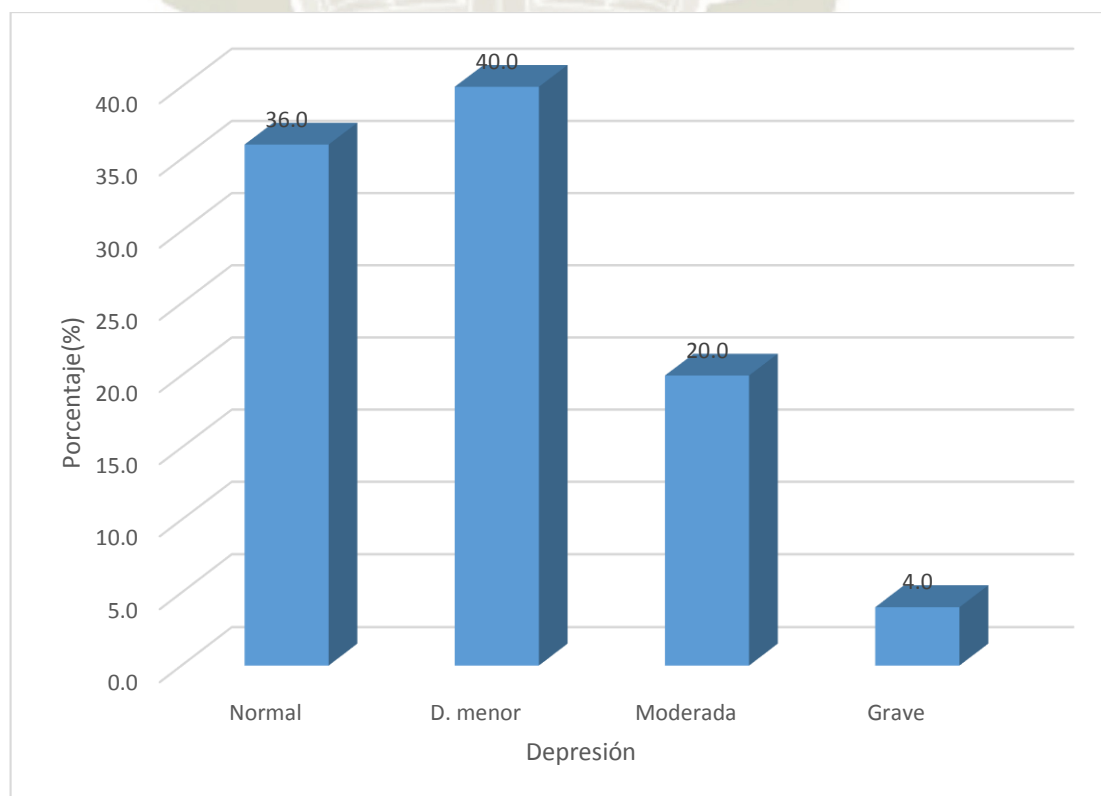
TABLA N°. 15

Severidad de los síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Depresión	N°.	%
No Deprimido	18	36,0
Leve	20	40,0
Moderada	10	20,0
Grave	2	4,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 15 muestra que el 40.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 presentan depresión leve, el 36.0% no presentan depresión, el 20.0% tienen depresión moderada, mientras que solo el 4.0% presentan depresión grave.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

TABLA N°. 16

**Relación entre la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos en mujeres
mastectomizadas por cáncer de mama.**

Resiliencia	Depresión								TOTAL	
	Normal		D. menor		D. moderada		D. grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Bajo	0	0,0	5	10,0	6	12,0	2	4,0	13	26,0
Moderado	8	16,0	9	18,0	2	4,0	0	0,0	19	38,0
Alto	10	20,0	6	12,0	2	4,0	0	0,0	18	36,0
TOTAL	18	36,0	20	40,0	10	20,0	2	4,0	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=18.95 \quad P<0.05 \quad P=0.00 \quad \pi=-0.46$$

La Tabla N°. 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.95$) muestra que la resiliencia y la severidad de los síntomas de depresión presenta relación estadística significativa ($P<0.05$). Según tau b de kendall existe una correlación inversa moderada entre las variables ($\pi=-0.46$).

Asimismo se observa que el 20.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del HNCSE que no presentan depresión presentan un nivel alto de resiliencia, mientras que el 4.0% de las mujeres con depresión grave tienen resiliencia baja.

**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

TABLA N°. 17

**Relación entre los factores de la escala de resiliencia y la presencia de síntomas
depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.**

Resiliencia	Depresión								X ²	P
	Normal		D. menor		D. moderada		D. grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Satisfacción personal										
Bajo	0	0,0	1	2,0	2	4,0	2	4,0	32.52	0.00
Moderado	1	2,0	3	6,0	5	10,0	0	0,0		
Alto	17	34,0	16	32,0	3	6,0	0	0,0		
Ecuanimidad										
Bajo	0	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	15.07	0.02
Moderado	5	10,0	8	16,0	7	14,0	1	2,0		
Alto	13	26,0	11	22,0	2	4,0	0	0,0		
Sentirse bien solo										
Bajo	0	0,0	1	2,0	2	4,0	2	4,0	31.19	0.001
Moderado	0	0,0	4	8,0	4	8,0	0	0,0		
Alto	18	36,0	15	30,0	4	8,0	0	0,0		
Confianza en sí mismo										
Bajo	0	0,0	1	2,0	3	6,0	2	4,0	28.85	0.00
Moderado	0	0,0	5	10,0	3	6,0	0	0,0		
Alto	18	36,0	14	28,0	4	8,0	0	0,0		
Perseverancia										
Bajo	0	0,0	1	2,0	2	4,0	2	4,0	31.19	0.00
Moderado	0	0,0	4	8,0	4	8,0	0	0,0		
Alto	18	36,0	15	30,0	4	8,0	0	0,0		
TOTAL	18	36,0	20	40,0	10	20,0	2	4,0		

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=32.52$) muestra que la satisfacción personal y la severidad de los síntomas de depresión presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 34.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos A. Segúin Escobedo con síntomas normales de depresión presentan un nivel alto de satisfacción personal, mientras que el 4.0% de las mujeres con depresión grave tienen satisfacción personal baja.

INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019

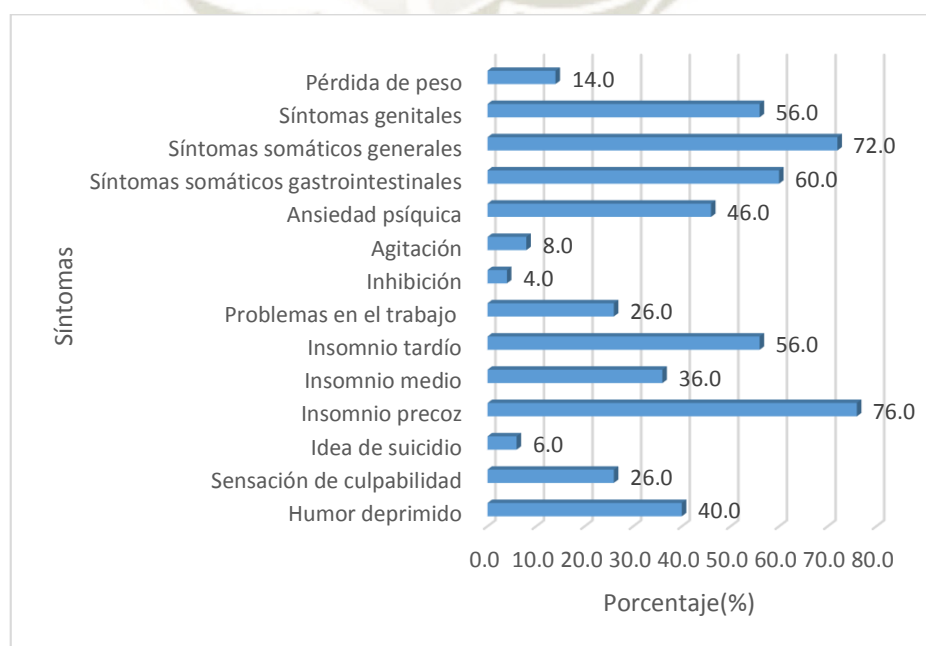
TABLA N°. 18

Síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Síntomas	N°.	%
Humor deprimido	20	40,0
Sensación de culpabilidad	13	26,0
Idea de suicidio	3	6,0
Insomnio precoz	38	76,0
Insomnio medio	18	36,0
Insomnio tardío	28	56,0
Problemas en el trabajo	13	26,0
Inhibición	2	4,0
Agitación	4	8,0
Ansiedad psíquica	23	46,0
Síntomas somáticos gastrointestinales	30	60,0
Síntomas somáticos generales	36	72,0
Síntomas genitales	28	56,0
Pérdida de peso	7	14,0

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 40.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Seguirín Escobedo, Arequipa 2019 presentan humor deprimido, el 56.0% tienen insomnio tardío, el 60.0% tienen síntomas somáticos gastrointestinales, mientras que el 72.0% tienen síntomas somáticos generales.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

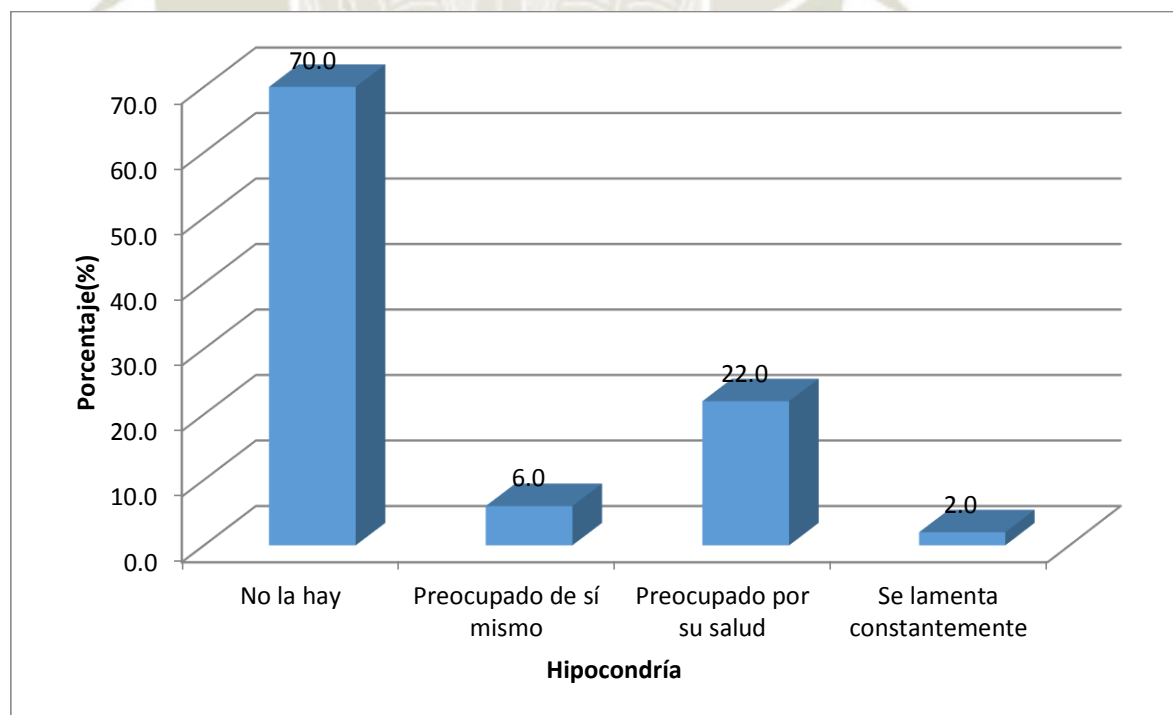
TABLA N°. 19

Hipocondría en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Hipocondría	N°.	%
No la hay	35	70.0
Preocupado de sí mismo	3	6.0
Preocupado por su salud	11	22.0
Se lamenta constantemente	1	2.0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.20 muestra que el 70.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Según Escobedo, Arequipa 2019 no tienen hipocondría, el 22.0% se encuentran preocupadas por su salud.



**INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE
MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR AREQUIPA 2019**

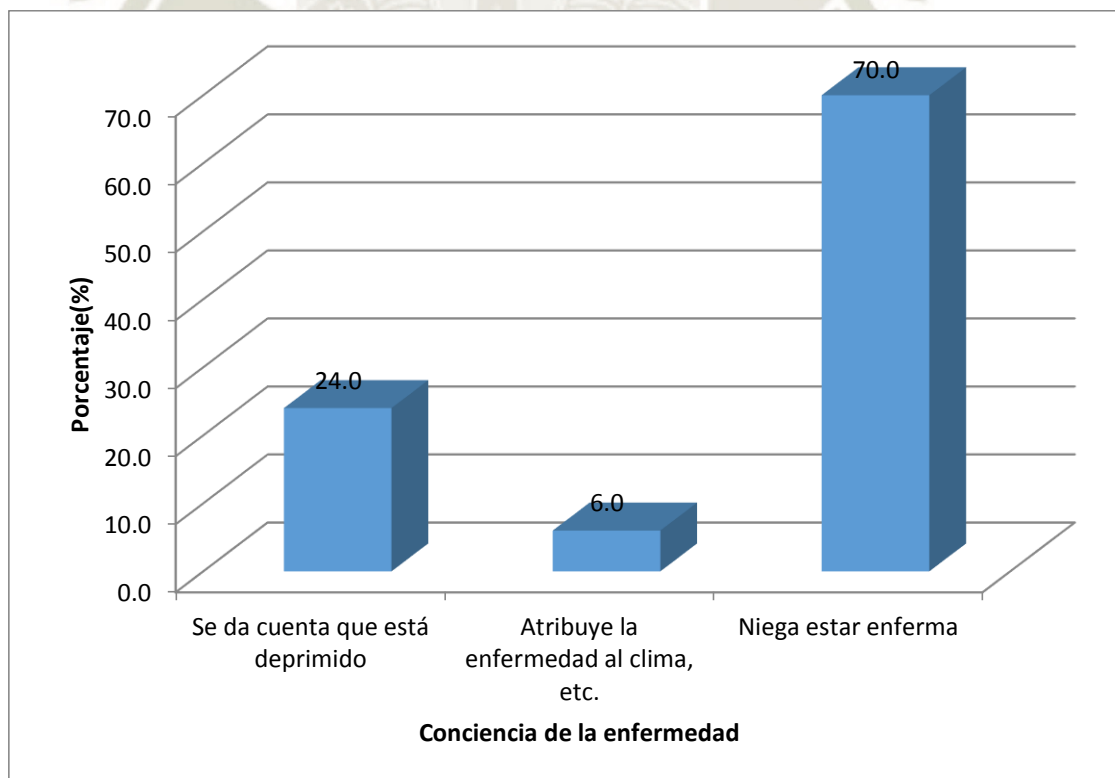
TABLA N°. 20

Conciencia de depresión en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Conciencia de depresion	N°.	%
Se da cuenta que está deprimido	12	24.0
Atribuye la enfermedad al clima, etc.	3	6.0
Niega estar enferma	35	70.0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 21 muestra que el 70.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del hospital nacional Carlos A. Segúin Escobedo, Arequipa 2019 niegan estar enfermas, mientras que el 6.0% atribuyen la enfermedad al clima, y el 24% se da cuenta que esta deprimido .



CAPITULO III

DISCUSIÓN

El presente estudio lo inicié con la intención de conocer y examinar la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama post mastectomizadas y su asociación con la presencia de síntomas depresivos.

Los resultados generales nos dan a conocer que el 46.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama tienen entre 56 – 66 años, el 40.0% tienen entre 67 – 77 años, mientras que el 14.0% tienen entre 45-55 años, la edad promedio fue de 64.14 años. Siegel RL1, Miller KD2, Jemal A3. Muestran en su estudio realizado que la mayor parte de los cánceres de mama aparecen en mujeres de edad avanzada. El riesgo de que una mujer de 30 años tenga cáncer es de 7 %.

Los datos obtenidos concuerdan con la bibliografía consultada ya que en ambos predomina una edad avanzada.

El 58.0% tienen instrucción superior, el 34.0% tienen instrucción secundaria, el 6.0% de las mujeres tienen instrucción primaria, mientras que el 2.0% son iletradas; el 58.0% son casadas, el 26.0% son separadas, el 12.0% de las mujeres son viudas, mientras que solo el 4.0% son solteras. En el estudio de investigación “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010” se encontró que más de la mitad (61%) de las pacientes estaban casadas en el momento de la encuesta; El 38,4% de las pacientes tenía nivel de escolaridad universitario. Esta información coincide con nuestra investigación

El 78.0% de las mujeres mastectomizadas se vieron afectadas de la mama derecha, mientras que el 22.0% de las mujeres vieron afectada la mama izquierda. La Lic. Nancy Puentes Padrón, 1 Lic. Gladys Clark Cairo, 2 Dr. Juan Carlos Solares Carreño 3 y Lic. Mayda Cepero Jiménez 4 encontraron en su estudio “TUMORES DE MAMA, UNA PREOCUPANTE PARA LA SALUD” que la mama derecha fue la más afectada y el cuadrante superior externo fue el más afectado con el 30,1 % en la mama derecha. Comparando los resultados de mi investigación con el estudio mencionado hay coincidencia en que la mama derecha fue la mas afectada .

El 82.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Seguí Escobedo no se han sometido a cirugía de reconstrucción, mientras que el 18.0% de las mujeres si se sometieron a cirugía de reconstrucción. En el estudio de investigación “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010” se encontró que solo el 8% se sometió a reconstrucción mamaria. Estos hallazgos también coinciden con lo encontrado en mi investigación.

Abordando los factores de la resiliencia los resultados fueron el 72.0% de las mujeres tienen un nivel de satisfacción personal alto, el 18.0% satisfacción moderada, mientras que solo el 10.0% de las mujeres mastectomizadas presentan muy bajo grado de satisfacción personal; el 52.0% tienen un nivel de ecuanimidad alto, el 42.0% ecuanimidad moderada, mientras que el 6.0% de las mujeres mastectomizadas presentan bajo grado ecuanimidad; el 16.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Seguí Escobedo tienen un nivel moderado en cuanto a sentirse bien solas, mientras que el

10.0% de las mujeres presentan un nivel muy bajo; que el 72.0% tienen un grado de confianza alto en sí mismas, mientras que el 12.0% presentan nivel bajo de confianza en sí mismas; el 74.0% de las mujeres tienen un alto grado de perseverancia, mientras que el 10.0% presentan nivel bajo.

En cuanto a la resiliencia el 36.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo presentan nivel de resiliencia alto, el 38.0% tienen nivel de resiliencia moderada, mientras que el 26.0% de las mujeres presentan resiliencia baja. Cotacallapa Mamani F (29) en su investigación “Factores asociados a la resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino del Hospital Goyeneche de Arequipa 2009” concluyo que el 75% de casos tienen alta capacidad de resiliencia y 25% baja capacidad.

Anaís Jackelin Ascencio Puicón (31) en su investigación “Resiliencia Y Estilos De Afrontamiento En Mujeres Con Cáncer De Mama De Un Hospital Estatal De Chiclayo 2013” concluyo que existe asociación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013.

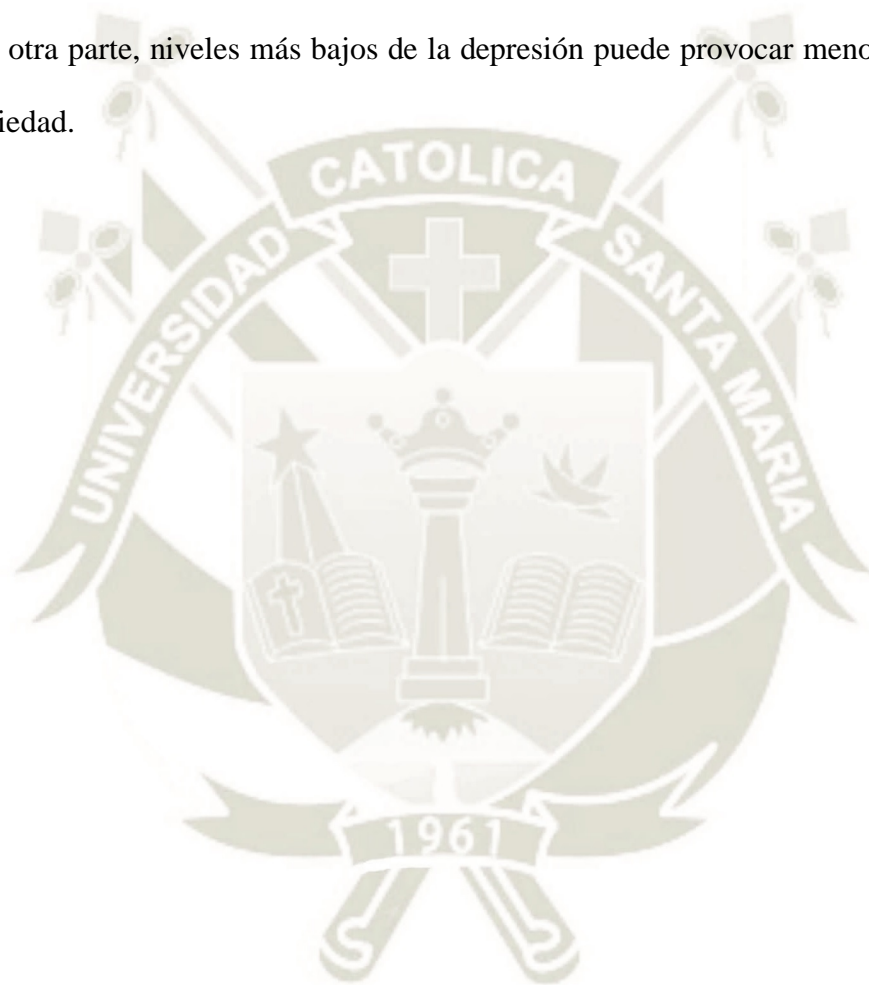
Abordando la variable depresión los resultados nos mostraron que el 40.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama presentan depresión leve, el 36.0% no presentan depresión, el 20.0% tienen depresión moderada, mientras que solo el 4.0% presentan depresión grave estos resultados no coinciden con Calva JB, Castro MG. (32) quien en su investigación Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012 concluyo que el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV

es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%.

Los síntomas más frecuentes de la depresión nos muestran que el 40.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama presentan humor deprimido, el 56.0% tienen insomnio tardío, el 60.0% tienen síntomas somáticos gastrointestinales, mientras que el 72.0% tienen síntomas somáticos generales.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.95$) la resiliencia y la severidad de los síntomas de depresión presentó relación estadística significativa ($P<0.05$). Se realizó también la prueba de tau b de Kendall que mostro que existe una correlación inversa moderada entre las variables ($\pi=-0.46$) el 20.0% de las mujeres mastectomizadas sin depresión presentan un nivel alto de resiliencia, de esta manera acepto la hipótesis alterna ya que mejores niveles de resiliencia disminuyen la presencia y severidad de depresión en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama., estos resultados concuerdan con EVANGELOS C FRADELOS, IOANNA V PAPATHANASIOU, AIKATERINI VENETI, ARISTIDES DAGLAS, ELENI CHRISTODOULOU, SOFIA ZYGA, MICHAEL KOURAKOS (33) realizaron una investigación titulada “Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece” quienes concluyeron que los resultados del estudio también muestran que hay una estadística correlación significativa entre los niveles de resiliencia y Depresión y niveles de ansiedad. Los niveles de depresión son relacionados negativamente con la resiliencia, mientras que hay una positiva Correlación con los niveles de ansiedad. La

escala de depresión fue positivamente afectada por la ansiedad, mientras que negativamente por resistencia; el 54.5% de los encuestados indicó un estado de ánimo deprimido. La gravedad de la ansiedad fue de 46,8% de los pacientes sufrieron de ansiedad alta. Llegando a las conclusiones de acuerdo con los resultados que la capacidad de resiliencia puede influir negativamente en la sintomatología depresiva. Por otra parte, niveles más bajos de la depresión puede provocar menos síntomas de ansiedad.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera:** El 78.0% de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del HNCASE, Arequipa 2019 la mama que se vio más afectada fue la derecha, el 18.0% de las mujeres si se sometieron a cirugía de reconstrucción y el 77.8% de estas se realizaron reconstrucción tipo colgajo, mientras que el 22,2% se sometieron a implante.
- Segunda:** Casi tres cuartas partes de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo presentan nivel de resiliencia muy alto, el 12.0% tienen nivel de resiliencia promedio, mientras que el 2.0% de las mujeres presentan resiliencia baja al igual que resiliencia alta.
- Tercera:** Menos de la mitad de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de la Asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo presentan depresión leve, el 36.0% no presentan depresión, el 20.0% tienen depresión moderada, mientras que solo el 4.0% presentan depresión grave.

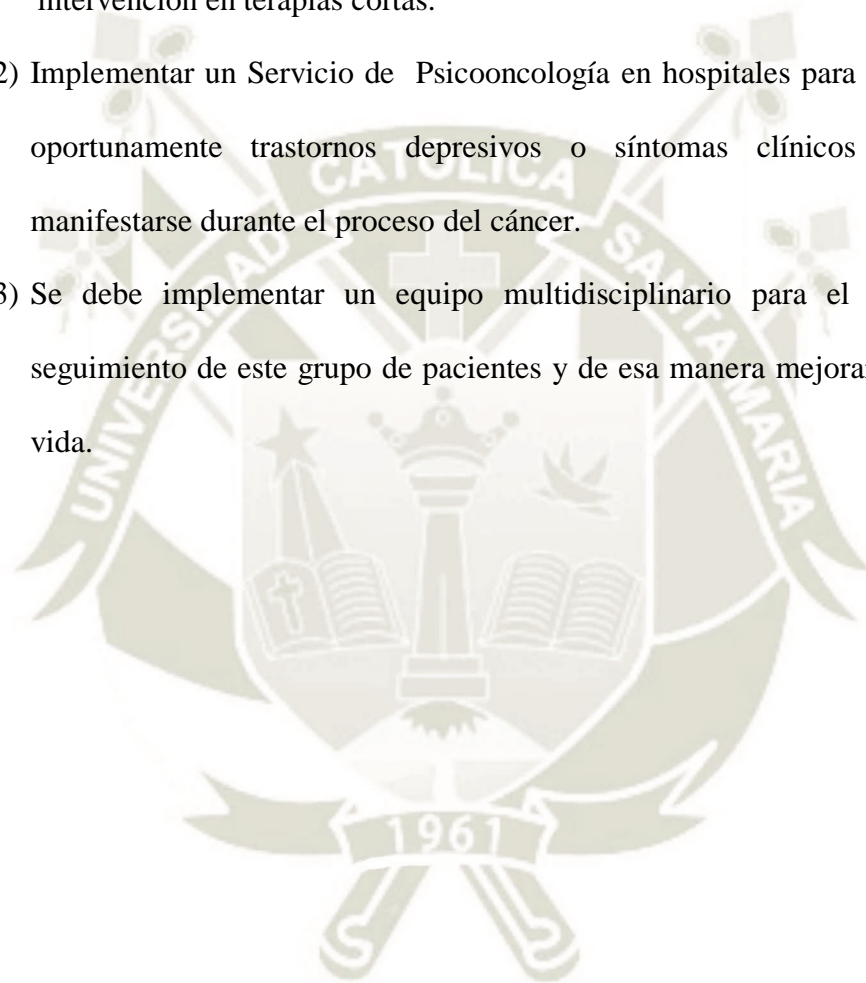
Cuarta: La resiliencia y la severidad de los síntomas depresivos presenta relación estadística significativa ($P < 0.05$). Según tau b de kendall existe una correlación inversa alta entre las variables ($\pi = -0.60$).

Quinta: Se acepta la hipótesis alterna ya que queda demostrado que mejores niveles de resiliencia disminuyen la presencia y severidad de depresión en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.



RECOMENDACIONES

- 1) Es importante que se investigue en el campo de la psicología clínica para explorar variables psicológicas y que de esa manera puedan ser opciones de intervención en terapias cortas.
- 2) Implementar un Servicio de Psicooncología en hospitales para poder detectar oportunamente trastornos depresivos o síntomas clínicos que pueden manifestarse durante el proceso del cáncer.
- 3) Se debe implementar un equipo multidisciplinario para el tratamiento y seguimiento de este grupo de pacientes y de esa manera mejorar la calidad de vida.



BIBLIOGRAFIA

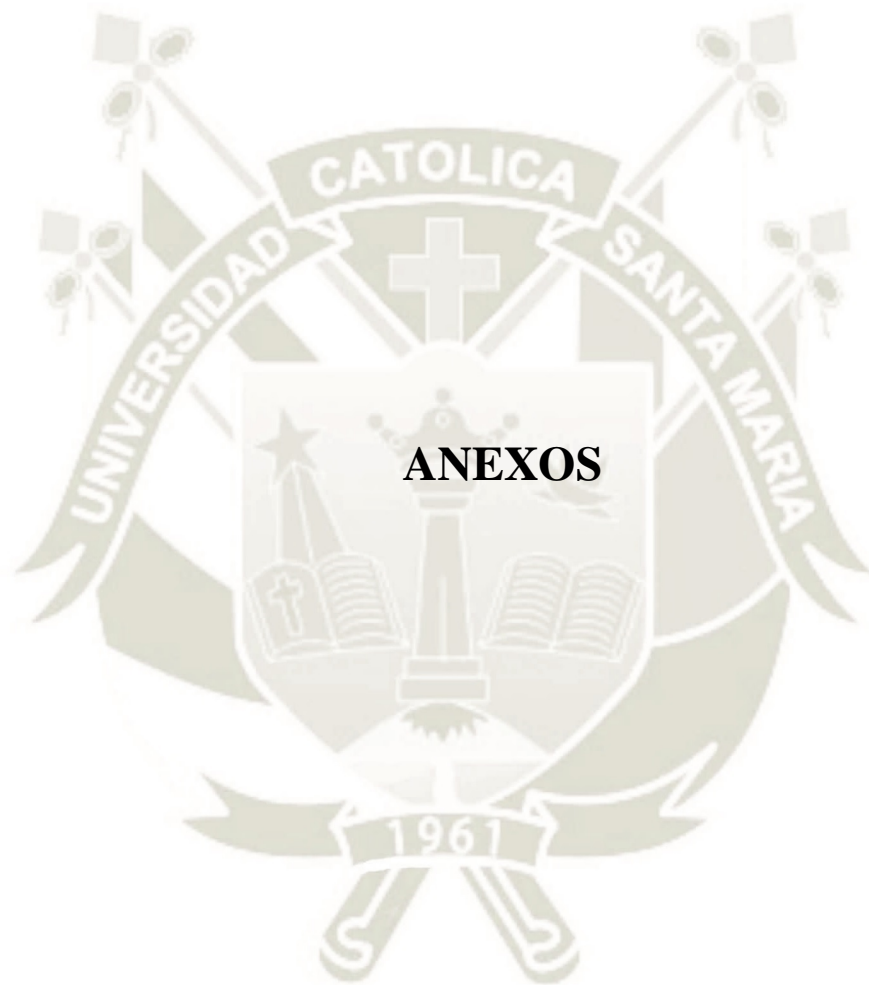
- 1) Cáncer de mama: prevención y control. OMS.
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>, con acceso el 24 Ene 2019.
- 2) Guil R, Zayas A, Gil-Olarte P, Guerrero C, González S, Mestre JM. Bienestar Psicológico, Optimismo Y Resiliencia En Mujeres Con Cáncer De Mama. Universidad de Cádiz. *Psicooncología* 2016; 13 (1): 127-138.
- 3) Huicochea S, González P, Tovar I, Olarte M, Vázquez J. Cáncer de mama, *Anales de Radiología México* 2009;1:117-126
- 4) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 2018 Jan. 68 (1):7-30.
- 5) Michailidou K, Lindström S, Dennis J, Beesley J, Hui S, et al. Association analysis identifies 65 new breast cancer risk loci. *Nature.* 2017 Oct 23.
- 6) Milne RL, Kuchenbaecker KB, Michailidou K, Beesley J, Kar S, et al. Identification of ten variants associated with risk of estrogen-receptor-negative breast cancer. *Nat Genet.* 2017 Oct 23.
- 7) Hankinson SE, Eliassen AH. Circulating sex steroids and breast cancer risk in premenopausal women. *Horm Cancer.* 2010 Feb. 1(1):2-10.
- 8) Cuzick J, DeCensi A, Arun B, Brown PH, Castiglione M, Dunn B, et al. Preventive therapy for breast cancer: a consensus statement. *Lancet Oncol.* 2011 May. 12(5):496-503.

- 9) van den Brandt PA, Schulpen M. Mediterranean diet adherence and risk of postmenopausal breast cancer: results of a cohort study and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2017 15;140(10):2220-2231.
- 10) Smith-Bindman R. Environmental causes of breast cancer and radiation from medical imaging: findings from the Institute of Medicine report. *Arch Intern Med*. 2012 Jul 9. 172(13):1023-7.
- 11) Chen AC, Paulino AC, Schwartz MR, Rodriguez AA, Bass BL, Chang JC, et al. Prognostic markers for invasive micropapillary carcinoma of the breast: a population-based analysis. *Clin Breast Cancer*. 2013 Apr. 13(2):133-9.
- 12) Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, Harris JR, Khan SA, Horton J, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Stages I and II Invasive Breast Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014 Mar 1. 88(3):553-64.
- 13) Smith GL, Jiang J, Buchholz TA, Xu Y, Hoffman KE, Giordano SH, et al. Benefit of adjuvant brachytherapy versus external beam radiation for early breast cancer: impact of patient stratification on breast preservation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014 Feb 1. 88(2):274-84.
- 14) Phillips KA, Milne RL, Rookus MA, Daly MB, Antoniou AC, Peock S, et al. Tamoxifen and Risk of Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. *J Clin Oncol*. 2013 Sep 1. 31(25):3091-3099.
- 15) Boughey JC, Attai DJ, Chen SL, Cody HS, Dietz JR, Feldman SM, et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) Consensus Statement from the

- American Society of Breast Surgeons: Data on CPM Outcomes and Risks. *Ann Surg Oncol*. 2016 Oct. 23 (10):3100-5.
- 16) Greenlee H, Balneaves L, Carlson M, et al. Clinical Practice Guidelines on the Use of Integrative Therapies as Supportive Care in Patients Treated for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2014. 50:346-358.
 - 17) Smith RA, Andrews K, Brooks D, DeSantis CE, Fedewa SA, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer screening in the United States, 2016: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2016 Mar. 66 (2):95-114.
 - 18) Oliver-Quetglas A, Torres E, March S, Socias I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):84-96.
 - 19) Alarcón R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M, Guía De Practica Clinica De Los Trastornos Depresivos. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>, con acceso el 24 Ene 2019.
 - 20) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. *Rev Médica Paz*. 2014; 20(2):84-84.
 - 21) Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González MA, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 2015; 19(3):166–172
 - 22) APA: American Psychiatric Association APA. 2015. Diagnostic and Statistical

- Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 23) Rodríguez B. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur. J. Psychiat.*, 2002; 16: 27-38 <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>
 - 24) Melillo A, Suarez Ojeda N. (comps.), *Resiliencia. descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós, 2001
 - 25) Melillo A. *Resiliencia*. Revista Electronica El Psicoanálisis. Disponible en: <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/resiliencia1.htm>
 - 26) Henderson N, Milstein M. *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires, Paidós, 2003
 - 27) González-Arratia N. Nieto D, Valdez J. Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 2011; 8 (1)
 - 28) Pérez B, Medina R. Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicologia.com*. 2011; 15:17
 - 29) Cotacallapa F. Factores asociados a la resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino del Hospital Goyeneche de Arequipa 2009. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2009
 - 30) Zúñiga SY. Comparación del estado depresivo en mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa, Julio - Diciembre 2016. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María 2017

- 31) Ascencio AJ. Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo 2013. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2015
- 32) Calva JB, Castro MG. Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012. Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.
- 33) Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, Kourakos M. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2017; 18 (9): 2545-2550.
- 34) Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama *Papeles del Psicólogo*, 2015; 36(1): 62-73.
- 35) Wagnild y Young. Escala de resiliencia. <http://es.scribd.com/doc/39013071/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young>
- 36) Salgado AC. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit* 2005, 11(11): 41-48
- 37) Bobes J, Portilla MP, Basarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.
- 38) Resiliencia <http://soberanamente.com/resiliencia/>



ANEXO N°1

FICHA DE DATOS:

Ficha N° _____

Edad: _____ años

Grado de instrucción: Iletrado Primaria Secundaria Superior

Estado civil Soltera Conviviente Casada Separada Viuda

Tiempo de paciente oncológica: _____ años

Mama afectada: Derecha Izquierda

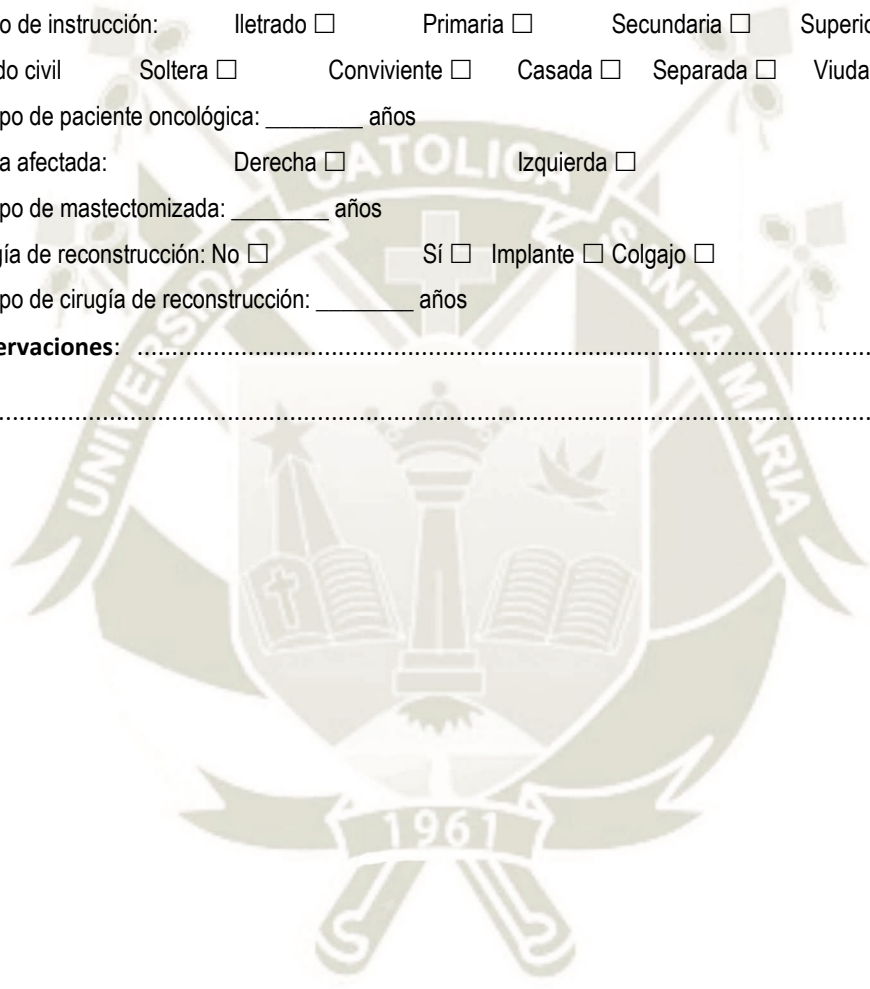
Tiempo de mastectomizada: _____ años

Cirugía de reconstrucción: No Sí Implante Colgajo

Tiempo de cirugía de reconstrucción: _____ años

Observaciones:

.....



ANEXO 2: ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

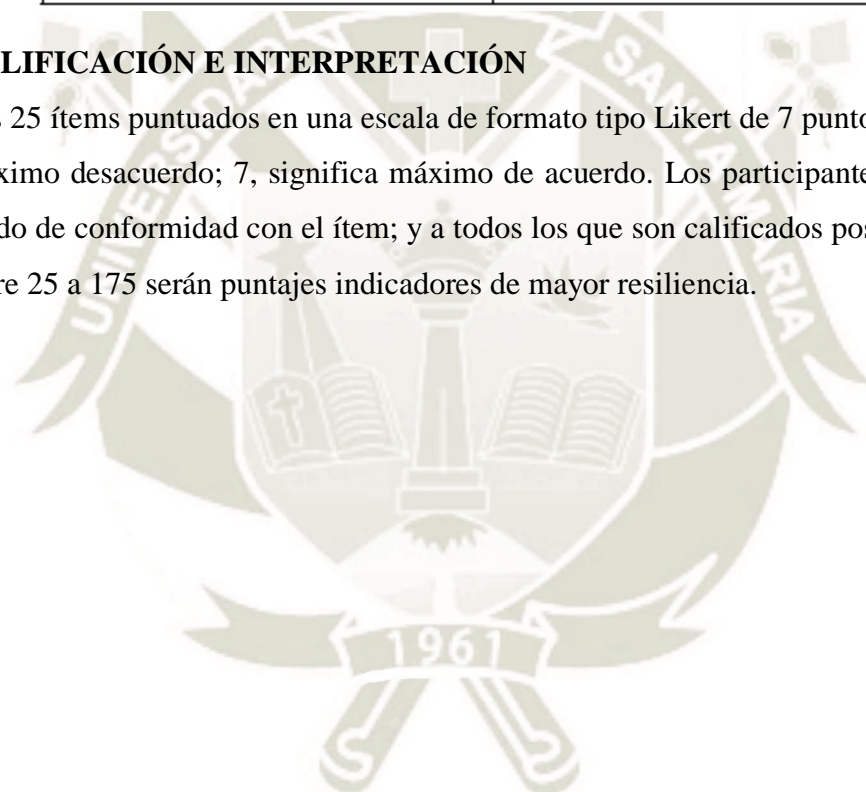
Ítems	En desacuerdo			De acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo estar solo, si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
Soy amigo de mi mismo.	1	2	3	4	5	6	7
Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
Soy decidido (a).	1	2	3	4	5	6	7
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
Tomo las cosas uno por uno.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo enfrentar las dificultades porque he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
Por lo general encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro la salida.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
Acepto que hay personas a las que no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia

Factor	Ítems
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	5, 3, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.



ANEXO 3. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (17 ÍTEMS)

(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro)

Ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
6. Insomnio tardío	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades	0. Ausentes. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.

11. Ansiedad somática	<p>Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. <p>0. Ausente. 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Grave. 4. Incapacitante.</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno. 1. Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía. 2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.</p>
14. Síntomas genitales	<p>Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales</p> <p>0. Ausentes. 1. Débiles. 2. Graves. 3. Incapacitantes.</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida según el enfermo.</p> <p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio). 1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio). 2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega estar enfermo.</p>

ANEXO 4. MATRIZ DE DATOS

ID	Edad	Instrucción	E. civil	Tiempo paciente	Mama afectada	Tiempo mastectomizada	C. reconstruccion	SI	Satisfacción	Ecuanimidad	Sentirse bien	Confianza	Perseverancia	Resiliencia	Depresión
1	56-66	Superior	Casada	12 a 24	Derecha	12 a 24	Si	Colgajo	Muy alto	Muy alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Moderada
2	56-66	Superior	Casada	12 a 24	Derecha	12 a 24	Si	Colgajo	Muy alto	Muy alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Moderada
3	56-66	Superior	Casada	151-276	Derecha	151-276	No		Alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
4	56-66	Superior	Casada	151-276	Derecha	151-276	No		Alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
5	67-77	Secundaria	Separada	151-276	Derecha	151-276	No		Alto	Promedio	Promedio	Alto	Alto	Muy alto	Normal
6	67-77	Secundaria	Separada	151-276	Derecha	151-276	No		Alto	Promedio	Promedio	Alto	Alto	Muy alto	Normal
7	56-66	Superior	Casada	25-40	Derecha	25-40	Si	Implante	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
8	56-66	Superior	Casada	25-40	Derecha	25-40	Si	Implante	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
9	56-66	Superior	Casada	41-60	Izquierda	41-60	No		Promedio	Bajo	Alto	Alto	Promedio	Promedio	Depresión menor
10	56-66	Superior	Soltera	91-150	Derecha	91-150	No		Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Moderada
11	56-66	Superior	Viuda	41-60	Izquierda	41-60	No		Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
12	45-55	Superior	Casada	41-60	Izquierda	41-60	No		Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
13	67-77	Secundaria	Viuda	151-276	Derecha	151-276	No		Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Moderada
14	67-77	Superior	Viuda	41-60	Izquierda	41-60	No		Alto	Bajo	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Depresión menor
15	56-66	Superior	Separada	41-60	Derecha	41-60	No		Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
16	45-55	Superior	Casada	41-60	Izquierda	41-60	No		Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
17	67-77	Secundaria	Casada	91-150	Izquierda	91-150	No		Muy alto	Promedio	Promedio	Muy alto	Alto	Muy alto	Moderada
18	67-77	Secundaria	Casada	151-276	Izquierda	151-276	No		Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Moderada
19	67-77	Secundaria	Casada	151-276	Izquierda	151-276	No		Bajo	Promedio	Alto	Bajo	Promedio	Bajo	Moderada
20	56-66	Superior	Separada	151-276	Izquierda	151-276	No		Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Normal
21	45-55	Superior	Separada	41-60	Derecha	41-60	No		Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Depresión menor
22	56-66	Superior	Casada	91-150	Izquierda	91-150	No		Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy bajo	Grave
23	67-77	Secundaria	Viuda	41-60	Derecha	41-60	Si	Colgajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Alto	Muy alto	Depresión menor
24	45-55	Superior	Casada	41-60	Derecha	41-60	No		Alto	Promedio	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Depresión menor
25	67-77	Primaria	Viuda	91-150	Derecha	91-150	No		Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Depresión menor
26	67-77	Superior	Casada	61-90	Derecha	61-90	No		Muy alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Normal
27	56-66	Superior	Separada	61-90	Derecha	61-90	Si	Colgajo	Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Grave
28	67-77	Secundaria	Separada	151-276	Derecha	151-276	No		Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
29	45-55	Superior	Separada	25-40	Derecha	25-40	No		Muy alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Normal
30	67-77	Superior	Casada	91-150	Derecha	91-150	No		Muy alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
31	67-77	Iltrado	Casada	91-150	Derecha	91-150	No		Muy alto	Alto	Promedio	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
32	67-77	Secundaria	Casada	151-276	Derecha	151-276	No		Muy alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Normal
33	45-55	Superior	Casada	12 a 24	Derecha	12 a 24	No		Alto	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Depresión menor
34	56-66	Superior	Separada	61-90	Derecha	61-90	No		Muy alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
35	67-77	Secundaria	Casada	91-150	Derecha	91-150	No		Muy alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Depresión menor
36	56-66	Secundaria	Casada	41-60	Derecha	41-60	No		Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Normal
37	56-66	Secundaria	Casada	151-276	Derecha	151-276	No		Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Depresión menor
38	56-66	Superior	Casada	12 a 24	Derecha	12 a 24	No		Alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Alto	Muy alto	Normal
39	56-66	Primaria	Separada	25-40	Derecha	25-40	Si	Colgajo	Muy bajo	Promedio	Muy bajo	Bajo	Bajo	Muy bajo	Moderada
40	56-66	Secundaria	Casada	91-150	Izquierda	91-150	No		Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal

41	56-66	Superior	Separada	61-90	Derecha	61-90	No		Muy alto	Promedio	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
42	67-77	Superior	Viuda	91-150	Derecha	91-150	No		Alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
43	56-66	Superior	Casada	61-90	Derecha	61-90	Si	Colgajo	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
44	56-66	Superior	Separada	41-60	Derecha	41-60	No		Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Moderada
45	56-66	Superior	Separada	91-150	Derecha	91-150	Si	Colgajo	Muy alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Depresion menor
46	67-77	Secundaria	Casada	151-276	Derecha	151-276	No		Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Normal
47	45-55	Secundaria	Casada	25-40	Derecha	25-40	No		Bajo	Promedio	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio	Moderada
48	67-77	Primaria	Soltera	91-150	Derecha	91-150	No		Muy alto	Alto	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto	Depresion menor
49	67-77	Secundaria	Casada	91-150	Derecha	91-150	No		Muy alto	Alto	Muy alto	Alto	Alto	Muy alto	Depresion menor
50	67-77	Secundaria	Casada	151-276	Derecha	151-276	No		Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Depresion menor



ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

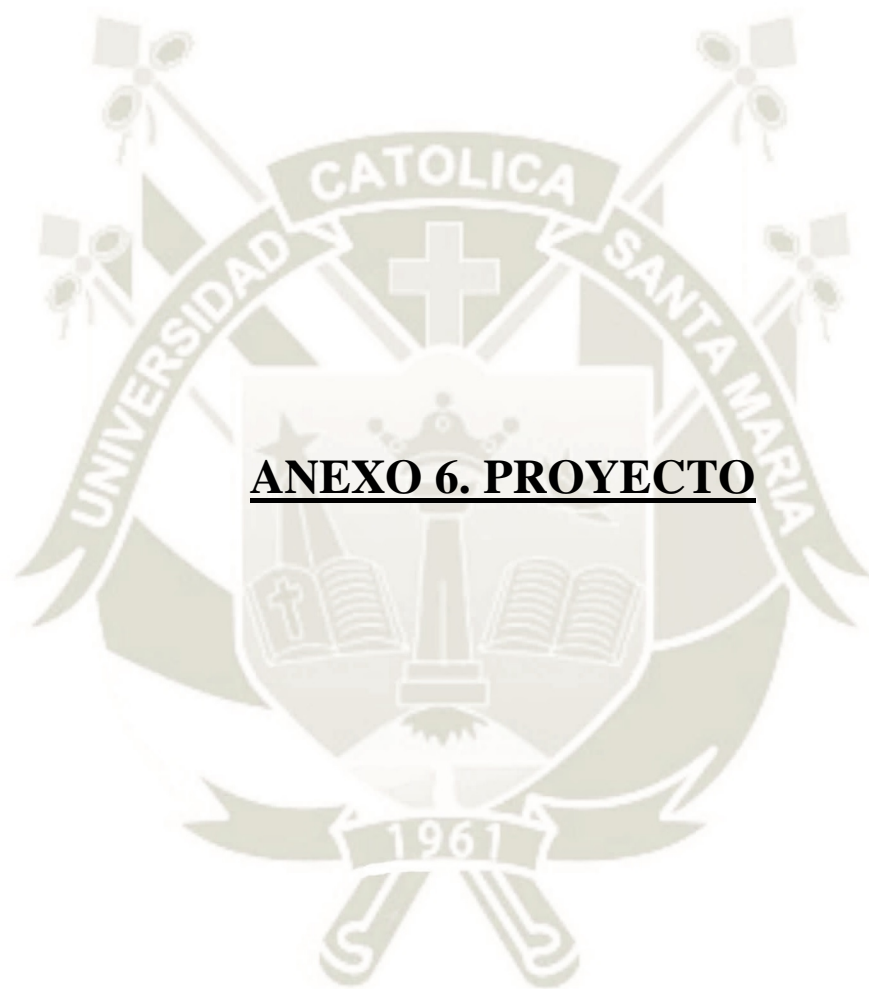
Yo _____
_____ identificada con número de DNI:
_____ declaro que he leído la hoja informativa para el participante que me ha sido entregada por la investigadora Mariagracia Vanessa Flores Rivera perteneciente a la universidad Católica de Santa María en la ciudad de Arequipa . He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre la investigación.

Acepto mi participación de manera voluntaria en este estudio. También he sido informado(a) que los resultados de la investigación podrían ser publicados en una revista científica. Por último, tengo conocimiento que puedo abandonar el estudio cuando yo lo considere conveniente, sin tener que dar explicaciones a la investigadora.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Fecha



ANEXO 6. PROYECTO

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS
POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR
AREQUIPA 2019”**

Proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

Flores Rivera, Mariagracia Vanessa

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor: Cuno Velásquez, Lizbeth

Arequipa - Perú
2019

I. PREÁMBULO

El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer entre las mujeres de todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Ser diagnosticado con cáncer de mama y someterse a un tratamiento contra el cáncer puede ser un evento muy estresante (1).

Se estima que un tercio de los pacientes con cáncer se enfrentan a problemas psicológicos tales como la ansiedad y la depresión, y la capacidad de resiliencia es una forma de sobrellevar y superar estos problemas psicológicos en el diagnóstico de cáncer (2).

Los estudios de comportamiento y psicosociales de los sobrevivientes de cáncer muestran una variedad de efectos de esta enfermedad y de los tratamientos en las vidas de los pacientes y sus familias. Todos estos estudios llegan a una misma conclusión: ser "libres de enfermedad" no significa estar "libres de la enfermedad" y es esta la idea que mantiene en preocupación constante a muchos de los pacientes que la padecen. El cáncer influye en todos los aspectos de la salud humana tanto en el aspecto físico, funcional, psicológico / cognitivo, social, económico y espiritual. A través del dialogo y haciendo un seguimiento de las historias de vida de los pacientes que reciben tratamiento para el cáncer, los investigadores han observado que, aunque tiene una experiencia a menudo catastrófica, muchos de ellos desarrollan un alto nivel de resiliencia cuando se enfrentan a una enfermedad (2).

El propósito de este estudio es conocer y examinar la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama post mastectomizadas y su influencia en la presencia de síntomas depresivos.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la influencia de la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor, Arequipa 2019?

1.2. Descripción del Problema

- **Área del conocimiento**

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión - Resiliencia

- **Análisis de Variables**

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
<i>Variable independiente</i>			
Resiliencia	Resultados de Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	> o =147: alto 121-146:moderada <121: escasa o baja	Ordinal
<i>Variable dependiente</i>			
Depresión	Resultados de test de Hamilton	0-7: normal. 8-14: depresión leve 15-24: depresión moderada ≥ 25: depresión grave	Ordinal
<i>Variables intervinientes</i>			
Edad	Según cuestionario	Años	De razón
Instrucción	Último año aprobado	Iletrada, primaria, secundaria, superior	Ordinal
Estado civil	Unión civil declarada	Soltera, conviviente, casada, separada, viuda	Nominal

Tiempo como paciente oncológica	Según cuestionario	Años	De razón
Lado afectado	Historia clínica	Derecha / Izquierda	Nominal
Tiempo de haber sido mastectomizada	Según cuestionario	Años	De razón
Cirugía de reconstrucción	Según cuestionario	Si implante No cirugía Con colgajo	Nominal
Tiempo de la Cirugía de reconstrucción	Según cuestionario	Años	De razón

- Interrogantes básicas
 1. ¿Cuáles son las características clínicas de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2019?
 2. ¿Cómo es la resiliencia en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2019?
 3. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de los síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2019?
 4. ¿Cómo influye la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2019?
- **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
- **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo, transversal y correlacional .

1.3. Justificación del problema

Originalidad: No se han encontrado estudios locales acerca de la resiliencia y síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Relevancia científica: el siguiente trabajo permitirá conocer y evaluar la capacidad de resiliencia y su influencia en la presencia de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama post mastectomizadas.

Relevancia práctica: Se identificará la magnitud de un problema importante para poder diseñar estrategias de intervención oportunas.

Relevancia social: los resultados de este trabajo nos permitirán mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama post mastectomizadas al dar un mejor enfoque en la parte psicológica y anímica de estas y así dar un mejor tratamiento y disminuir las recaídas y complicaciones de la enfermedad.

Contemporaneidad: La evaluación de la salud mental en mujeres con cáncer es una preocupación constante en nuestro tiempo.

Factibilidad: El presente estudio es factible por contarse con una población accesible y contar con instrumentos validados.

Motivación personal: el presente estudio tiene un interés altruista ya que permitirá conocer la influencia de la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos de las pacientes con cáncer mama post mastectomizadas, y dar un tratamiento farmacológico y de apoyo específico con lo cual mejorar la calidad de vida y asegurar un tratamiento integral a las pacientes con cáncer de mama.

Contribución académica: Con el presente estudio se generará información relevante que servirá de base para investigaciones futuras en la misma línea de investigación.

Políticas de investigación: El desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina permite cumplir con las políticas de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Cáncer de mama

2.1.1. Aspectos generales

El cáncer de mama se origina cuando las células en esta zona comienzan a crecer en forma descontrolada formando un tumor que la mayoría de veces se puede observar en una radiografía, ecografía, mamografía o se puede palpar como una masa o bulto. El tumor puede ser benigno o maligno, en el caso de ser maligno sus células pueden crecer e invadir a los tejidos circundantes o diseminarse hacia otros lugares lejanos del cuerpo dando así una metástasis. El cáncer de seno es casi exclusivo de las mujeres aunque también algunos hombres lo pueden padecer (3).

El cáncer de mama puede originarse en los distintos lugares de la mama siendo mayoritariamente propenso el que se origina en los conductos galactóforos, también pueden originarse en los lobulillos productores de leche (cáncer lobulillar) etc. Un grupo pequeño de cánceres se originan en otros tejidos de la mama. Estos son los sarcomas y linfomas, y en realidad no son considerados como cánceres de mama (3). También es más frecuente en el cuadrante superior externo.

La mayoría de mujeres con cáncer de mama se someterá a una mastectomía radical o extirpación de una parte de la mama donde se encuentra el tumor. Dependiendo del tipo de cáncer de mama y lo avanzado que esté, puede que también necesite otro tipo de tratamiento quimioterápico, ya sea antes o después de la cirugía, o a veces ambos (3).

“El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (1, 4).

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100 000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento (1). Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (4). La bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden

explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento” (4).

“El cáncer constituye un importante problema de salud pública. Es la enfermedad crónica que más número de muertes causa en el siglo XXI. Su padecimiento afecta al ser humano en múltiples aspectos de la vida como en el trabajo, las relaciones interpersonales, la imagen o los hábitos diarios, ejerciendo una influencia importante en su bienestar tanto físico como psicológico. Esta enfermedad es causante de grandes desajustes psicológicos y emocionales debido a su naturaleza crónica, la incertidumbre que trae consigo respecto al pronóstico de la misma (el esperar resultados de pruebas médicas, tales como biopsias o las revisiones de seguimiento de un enfermo de cáncer desde la unidad de oncología), los efectos secundarios que producen los tratamientos utilizados para su control y remisión, el significado o representaciones sociales de la propia palabra cáncer, etc (4).

2.1.2. Epidemiología

La mayor parte de los cánceres de mama aparecen en mujeres de edad avanzada. El riesgo de que una mujer de 30 años tenga cáncer es de 7 %. El 85% de todos los cánceres se producen en mujeres sin historia familiar. El cáncer de mama tiene una etiología compleja (4-11).

Factores de riesgo no familiares

1. Sexo: 99% mujeres
2. Edad: 85% mayor de 40 años
3. Alteraciones fibroquísticas proliferativas con o sin atipia
4. Cáncer previo de mama
5. Nulípara (3/1)
6. Primer parto después de los 34 años (4/1)
7. Menarquia antes de 12 años (1.3/1)
8. Menopausia después de los 50 años (1.5/1)
9. Opulencia en relación a pobreza (2/1)
10. Judíos (2/1)
11. Hemisferio Occidental en relación al Oriental (1.5/1)
12. Estrés psicológico crónico (2/1)
13. Obesidad (2/1)

14. Triada de Hipertensión, obesidad y Diabetes (3/1)
15. Ingestión elevada de grasas (3/1)
16. Raza blanca (5/1)

Factores protectores

1. Embarazo temprano
2. Lactancia prolongada
3. Castración, en mujeres con ovariectomía antes de los 35 años
4. Ejercicio, las mujeres físicamente activas tienen menor cantidad de ciclos menstruales ovulatorios
5. Abstinencia al alcohol
6. Dieta pobre en grasas
7. Quimiopreventivos

Factores de alto riesgo

1. Edad superior a 40 años
2. Historia familiar: primer grado
3. Historia Obstétrica: paridad tardía, más de 35 años
4. Cáncer previo de mama
5. Cáncer en otros órganos como endometrio y ovario
6. Alteraciones fibroquísticas
7. Obesidad
8. Menor competencia inmunológica
9. Exposición exagerada a radiación
10. Ingestión elevada de grasas insaturadas en la dieta

2.1.3. Clasificación (12)

No infiltrantes:

- ii. Carcinoma intraductal
- iii. Carcinoma lobulillar in situ
- iv. Enfermedad de Paget del Pezón (solo epitelio)

Infiltrantes:

- v. Carcinoma infiltrante de los conductos
- vi. Enfermedad de Paget del pezón con invasión del estroma o extensión a los conductos mamarios

Tumores fibroepiteliales malignos:

- vii. Tumor Phyllodes maligno
- viii. Carcinosarcoma

2.1.4. Tratamiento

El tratamiento del cáncer de mama es un tema complejo y está en continua revisión, hay que tener en cuenta que se considera una enfermedad sistémica desde el principio, por lo que se añadirá una terapia adyuvante a la cirugía y la radioterapia en los casos de riesgo (13).

La cirugía radical presenta resultados bastante parecidos a la cirugía conservadora, si se selecciona de manera correcta a las pacientes, por lo que se tiende a conseguir el mayor grado de supervivencia con el menor grado de mutilación posible (8, 13).

Tratamiento neoadyuvante. La quimioterapia preoperatoria (neoadyuvante) es una opción adecuada en mujeres con tumores en estadios IIA, IIB y T3N1M0 que reúnen criterios para realizar una cirugía conservadora de la mama (14).

Tratamiento quirúrgico: No es útil en cáncer avanzado (15, 16).

*Mastectomía simple modificada (mastectomía simple más resección de los ganglios linfáticos)

*Cirugía conservadora de la mama (nodulectomía), resección amplia, mastectomía parcial o cuadrantectomía, y la linfadenectomía del primero y segundo nivel de la axila más radioterapia cuando la lesión es menos de 2.5 cm y características histológicas son favorables.

Para un manejo postquirúrgico correcto se debe extraer material del tumor para un estudio de receptores hormonales para estrógenos y progesterona (inmunohistoquímica) y también investigar presencia de oncogen HER 2 (17).

Radioterapia Durante 5-6 semanas tras la cirugía conservadora, o bien en casos de afectación de la pared torácica o axilar masiva, ha demostrado una reducción del 30% del riesgo de recurrencia

Tratamiento sistémico complementario o tratamiento adyuvante: Se entiende por tratamiento sistémico adyuvante la administración de quimioterapia o terapia endocrina después de la cirugía primaria, con el objetivo de eliminar la posible existencia

de enfermedad residual microscópica y disminuir el riesgo de recidiva local o diseminación a distancia (quimioterapia y /o hormomonoterapia) (13, 16).

Quiomioterapia Reduce la posibilidad de muerte anual en mujeres premenopausicas del 25-35% y en posmenopáusicas de 9-19%, quimioterapia combinada es más eficaz ej cilofosfamida metotrexate, más 5 fluorouracilo; doxorubicina más ciclofosfamida 4 a 6 meses

Los fármacos citotóxicos más eficaces para tratamiento de mama metastasico son capecitabina, doxorubicina, gemcitabina , los taxanos paclitaxel y docetaxel y vinorelbina (10).

Hormonoterapia (16)

***Bloqueadores de receptores de estrógenos y progesterona:** incluye el tamoxifeno (20 mg/día) y toremifen , el tratamiento por 5 años reduce la posibilidad de muerte anual den un 25 % en mujeres pre y posmenopáusicas , el tamoxifeno aumenta riesgo de cáncer de endometrio 1 % en mujeres posmenopáusicas .

***Inhibidores de la aromatasa** (anastrozol, exemestano, letrozol) bloquean la producción periférica de estrógenos en mujeres posmenopáusicas se puede usar letrozol en mujeres que han finalizado 5 años de tamoxifeno

Los bifosfonatos se deben utilizar en combinacion con el tratamiento sistemico en las pacientes con metastasis oseas, se ha demostrado efecto beneficioso en dolor oseos y la tasa de eventos oseos en un 30 %, retrasa su aparicion entre 6 y 7 meses y el tratamiento empieza a reportar beneficios tras 3 a 6 meses siempre que se inicie precozmente.

2.2. Depresión

2.2.1. Concepto

La depresión es el desorden funcional más común de los adultos de todas las edades y se presenta en diferentes grados. La depresión reemplaza el estado original de ansiedad cuando el individuo se da cuenta que no puede controlar el trauma y se dice que está en inhibición de la conducta de manejo de situaciones, que lo coloca en una posición biológica vulnerable. Es también considerada como un trastorno de la afectividad con sentimientos caracterizados por profunda tristeza monótona y sombría, que resiste a los requerimientos externos, a esto se le agrega una pérdida de interés por la vida, con reducción de autoestima y necesidad de auto-castigo (18).

Afecta principalmente a jóvenes entre los 25 a 40 años de edad. Esta perturbación puede ser la consecuencia de factores biológicos y ambientales lo que mina en el individuo su capacidad de adaptación. Los síntomas del cuadro depresivo son múltiples. Con frecuencia el paciente sufre en silencio los síntomas cognoscitivos (disminución de la capacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones, olvidos frecuentes, pesimismo, sentimientos de desesperanza, minusvalía o culpa e ideas de suicidio) y solamente acude a consulta para manifestar sus síntomas somáticos y neurovegetativos (pérdida de peso, insomnio, cefalea tensional, lumbalgia, diaforesis, vómito, palpitaciones), o cuando la ansiedad y el miedo son tan intensos que no le permiten el sosiego y le alteran los ciclos de sueño y alimentación (18).

Cuando la intensidad de los síntomas supera ciertos límites se vuelve competencia también de la psiquiatría, generalmente cuando se presenta un episodio depresivo mayor. Los síntomas empeoran y se mantienen la mayor parte del día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (19).

2.2.2. Síntomas de depresión

Durante un episodio depresivo típico, el paciente sufre una bajada del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración también disminuyen (19). Tras realizar el mínimo esfuerzo, la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectadas su autoestima y su autoconfianza y, generalmente, tienen sentimientos de culpabilidad.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria (19). En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (19).

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión (20).

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos eco-nómicos, ni con el estado civil (20).

Según el CIE 10, la persona depresiva sufre un humor aplanado, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo (21).

Según el DSM-5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad. Asimismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo (22).

También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno (23).

Existen también cambios psicomotores como es el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones (23).

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas (23).

También son manifestaciones de los episodios depresivos (21, 23):

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La forma de presentarse puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En la adolescencia suele presentarse de forma atípica. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como (23):

- Irritabilidad,
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamiento histriónico (emocionabilidad excesiva)
- Agravamiento de fobias
- Síntomas obsesivos que ya existían o
- preocupaciones hipocondríacas (preocupación constante y angustiada por la salud)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (Leve, Moderado y Grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

2.2.3. Factores de riesgo para depresión

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional, que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como puede ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (21).

La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente de depresión (en los últimos 6 meses) y en la prevalencia de toda la vida, de 5.8% a 9.4% y de 8.9% a 12.9%, respectivamente (19).

De acuerdo con los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana consignados en su cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico DSM-5, un episodio depresivo mayor (DM) se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su nivel de funcionamiento previo, que dure, por lo menos, 2 semanas, en las cuales el paciente perciba bien sea un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar el placer; y por lo menos cinco síntomas de un grupo de nueve, que incluyen el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días; una marcada disminución o la pérdida del interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día; una pérdida o aumento importante del peso corporal sin hacer dieta, o pérdida o aumento del apetito casi cada día; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores; Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida (21, 22).

La depresión no es igual para todo el mundo y pueden existir diferentes intensidades de cuadros depresivos. Se han desarrollado diferentes escalas para medir los síntomas depresivos, siendo la más conocidas las de Hamilton y Beck.

2.2.4. Diagnóstico de depresión

Los criterios que establece el DSM-5 para el trastorno depresivo mayor son (22):

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia clínica del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

2.2.5. Evaluación diagnóstica y tratamiento

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones virales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos (21).

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI). Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo - recetados, sin receta o prestados - sin consultar al médico (21).

2.3. Resiliencia

El abordaje psicológico en mujeres que padecen cáncer de mama, a pesar de estar siendo estudiado desde la Psicología de la Salud, es un tema que precisa aún de un largo camino por recorrer. Es preciso avanzar en el conocimiento de su relación con todos los ámbitos de la salud, incluido el bienestar de quien lo padece (24).

2.3.1. Concepto de Resiliencia

El concepto de resiliencia surge en la metalurgia y se refiere a la capacidad de los metales de resistir su impacto y recuperar su estructura. Este término es usado en medicina, en la que la osteología acuña el concepto para expresar la capacidad de los huesos de crecer en el sentido correcto después de una fractura (25).

Según Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. el vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (26).

A continuación, se exponen algunas de las definiciones que, desde este campo, han desarrollado diversos autores en torno a este concepto (25):

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991; Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982 en Werner y Smith, 1992).
- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl en Brambing et al., 1989).
- Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, 1995).
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Según este autor, el concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.
- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo (Rutter, 1992) entre éstos y su medio.
- La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida (Suárez, 1995).
- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los

factores ambientales, como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños (Osborn, 1993).

- Milgran y Palti (1993) definen a los niños resilientes como aquellos que se enfrentan bien a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida.

2.3.2. Pilares de la resiliencia:

A partir de esta constatación se trató de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes (25):

- **Autoestima consistente.** Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible (38).
- **Introspección.** Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta (38). Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.
- **Independencia.** Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.
- **Capacidad de relacionarse.** Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.
- **Iniciativa.** El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **Humor.** Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

- **Creatividad.** La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
- **Moralidad.** Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
- **Capacidad de pensamiento crítico.** Es un pilar de segundo grado, fruto de las combinaciones de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto.

2.3.3. Resiliencia y salud mental

Es muy ilustrativo comparar los conceptos básicos de salud mental (tal como se expresan en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires) y los de resiliencia, que presentan en común sugestivas definiciones (25, 26):

SALUD MENTAL

Proceso determinado históricamente y culturalmente en cada sociedad.

Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.

Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.

RESILIENCIA

Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.

Depende de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, responsable en cada historia singular de la construcción del sistema psíquico humano.

Estas coincidencias nos llevan a pensar que lo que se entiende como promoción de la resiliencia en el marco de una comunidad, al producir capacidad de resistir las adversidades y agresiones de un medio social sobre el equilibrio psicofísico de los componentes de una comunidad, niños, adolescentes y adultos, produce salud mental.

2.3.4. Resiliencia y cáncer

El cáncer afecta a todas las esferas de la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de todo el proceso, incluso durante años después de haber concluido éste, existiendo repercusiones emocionales del mismo. La información recogida en diferentes estudios a nivel internacional muestra que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante pero también después de su enfermedad y que merman su calidad de vida. Entre el 20-35% de los pacientes con cáncer presentan morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico, un 37-40% de los que recibe quimioterapia y entre el 35-50% de los que se encuentran hospitalizados (27).

Existe evidencia científica que avala los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional de la enfermedad y en la calidad de vida. Los pacientes que han sido diagnosticados de un cáncer se enfrentan con muchos estresores desde el mismo momento en que se les comunica la noticia: el propio diagnóstico, los diferentes tratamientos que se les aplican, los efectos de éstos, temor a un nuevo proceso de enfermedad. A pesar de esto encontramos estudios que afirman que existen aspectos de esta experiencia que las personas perciben como beneficiosos (28).

Tradicionalmente se ha focalizado la atención en los efectos patológicos de la experiencia traumática, asumiendo una visión pesimista de la naturaleza humana. Esto ha favorecido la idea de que un trauma siempre lleva un daño grave y que por lo tanto el daño siempre refleja la existencia de un trauma.

Actualmente se está produciendo un cambio de tendencia y están surgiendo otras formas de entender y conceptualizar el trauma, considerando a la persona como un individuo activo y fuerte, capaz de resistir y rehacerse a pesar de las diferentes adversidades con las que se encuentre. Desde la psicología positiva se concibe al ser humano con capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, teniendo en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas. Ante una situación traumática podemos desarrollar trastornos, pero también podemos aprender y beneficiarnos de esa experiencia (27).

Ante un acontecimiento traumático, como en este caso puede ser el diagnóstico de un cáncer, la persona puede responder de diferentes formas (23):

1. Trastorno: como puede ser un trastorno por estrés postraumático u otras patologías.
2. Trastorno retardado: no desarrolla una patología en un primer momento y puede hacerlo después.
3. Recuperación: muestra síntomas disfuncionales de estrés en un primer momento, pero se produce una recuperación natural.
4. Resiliencia: la persona no experimenta síntomas disfuncionales ni ve interrumpido su funcionamiento normal, permanece en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.
5. Crecimiento postraumático: posibilidad de aprender y crecer ante situaciones adversas.

La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difícil y de traumas a veces graves. No es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma y que puede expresarse de diferentes maneras en diferentes culturas. Es fruto de la interacción entre el propio sujeto y su entorno. Parece confirmarse por el testimonio de muchas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática han conseguido encajarlas y seguir desarrollándose y viviendo, incluso a un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (28).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Cotacallapa Mamani F (29).

Título: Factores asociados a la resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino del Hospital Goyeneche de Arequipa 2009.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2009

Resumen: Se evaluó prospectivamente 100 pacientes, aplicando una encuesta de resiliencia y encontró que 75% de casos tienen alta capacidad de resiliencia y 25% baja capacidad. Los factores asociados identificados fueron la religión distinta a la católica, mayores niveles de instrucción, las amas de casa y los trabajos dependientes, y el bajo estadiaje de la enfermedad, así como recibir tratamiento con cirugía y el bajo grado de dependencia.

3.2. **Autor:** Zúñiga SY (30).

Título: Comparación del estado depresivo en mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa, Julio - Diciembre 2016.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María 2017

Resumen: Se evaluó una muestra de 47 pacientes con cáncer de cuello uterino y 44 pacientes con cáncer de mama que cumplieron los criterios de selección. La edad de las pacientes con cáncer de cuello uterino fue de 46.74 ± 6.94 años y la de las mujeres con cáncer de mama fue 53.07 ± 4.44 años ($p < 0.05$). La instrucción en el primer grupo fue primaria en 44.68%, secundaria en 42.55% y superior en 12.77%, mientras que en el cáncer de mama predominó la instrucción primaria (77.27%) con 22.73% de educación secundaria ($p < 0.05$). El tiempo de enfermedad en las pacientes, que fue de 9.23 ± 6.03 meses en casos con cáncer de cuello y de 19.36 ± 28.57 meses en pacientes con cáncer de mama ($p < 0.05$). El estadio clínico de las pacientes con cáncer de cuello fue el estadio I, mientras que en el cáncer de mama predominó el estadio II, aunque 50% en este grupo desconocía este dato, y 36.17% en el grupo con cáncer de cuello ($p > 0.05$). El 95.45% de casos con cáncer de mama fue sometido a cirugía y 44.68% en el cáncer de cuello ($p < 0.05$); más pacientes con cáncer de mama recibieron quimioterapia (88.64%) que en el cáncer de cuello (38.30%; $p < 0.05$). La radioterapia se aplicó en forma similar (57.45% en el cáncer de cuello, 72.73% en

cáncer de mama; $p > 0.05$). Al considerar los niveles de depresión clínicamente significativa (severa o muy severa), el 23.40% de pacientes con cáncer de cuello presentaron depresión, comparada con 20.45% de pacientes con cáncer de mama ($p > 0.05$).

A nivel nacional

3.3. **Autor:** Anaís Jackelin Ascencio Puicón (31)

Título: Resiliencia Y Estilos De Afrontamiento En Mujeres Con Cáncer De Mama De Un Hospital Estatal De Chiclayo 2013

Fuente: Tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2015

Resumen: La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existe asociación entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013. El tipo de investigación es correlacional por asociación. Para su realización, se evaluó a 70 pacientes entre 25 y 60 años de edad, a quienes se les aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE; de los cuales se estableció la confiabilidad, validez y baremación. Finalmente, se llegó a la conclusión que existe asociación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013.

3.4. **Autor:** Calva JB, Castro MG. (32)

Título: Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.

Resumen: Con el objetivo de determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 130 mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Se utilizó el test de depresión y ansiedad de Hamilton y test de autoestima de Rosenberg. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente

8%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de las enfermedades no transmisibles: cáncer desde el primer nivel de atención que permita el manejo integral y multidisciplinario del paciente con cáncer.

A nivel internacional

3.5. **Autor:** Evangelos C Fradelos, Ioanna V Papathanasiou, Aikaterini Veneti, Aristides Daglas, Eleni Christodoulou, Sofia Zyga, Michael Kourakos (33)

Título: Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece

Fuente: Asian Pac J Cancer Prev, 2017; 18 (9), 2545-2550.

Resumen: El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer entre las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Ser diagnosticado con cáncer de mama y someterse a un tratamiento contra el cáncer puede ser un evento muy estresante. Es estimado que un tercio de los pacientes con cáncer están lidiando con problemas psicológicos, como ansiedad y depresión, y resiliencia es una manera de sobrellevar y superar los factores estresantes de la vida, como el diagnóstico de cáncer. Se examinó la capacidad de recuperación en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y su asociación con depresión y ansiedad realizándose un estudio transversal con 144 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que respondieron un cuestionario evidenciándose en los resultados que el 54.5% de los encuestados indicó un estado de ánimo deprimido. La gravedad de la ansiedad fue de 46,8% de los pacientes sufrieron de ansiedad alta. Llegando a las conclusiones de acuerdo con los resultados que la capacidad de resiliencia puede influir negativamente en la sintomatología depresiva. Por otra parte, niveles más bajos de la depresión puede provocar menos síntomas de ansiedad

3.6. **Autor:** Sánchez T. (34)

Título: Efectos psíquicos de las mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama.

Fuente: Papeles del psicólogo, 2015; 36(1):62-73

Resumen: ¿Qué sentido puede tener escribir un trabajo más -dada la abundante literatura específica sobre ello-, que analice las consecuencias de la mastectomía en mujeres que o bien han sido diagnosticadas previamente de un cáncer de mama o bien tienen un fundado temor genético a desarrollarlo en un futuro indeterminado a tenor de los antecedentes familiares que poseen? Repasaremos algunos trabajos destacados sobre el impacto en el psiquismo de la mastectomía (sea ésta como forma de prevención secundaria frente al cáncer o sea profiláctica) en comparación con la llamada "cirugía conservadora" (lumpectomía, tumorectomía), a fin de valorar el consenso o el disenso entre los investigadores. Nuestra hipótesis de trabajo es que se ha producido en las pacientes con cáncer de mama un cambio de tendencia en su perspectiva de la mastectomía coincidente con el cambio de siglo (y milenio), tal vez debido a la generalización de la cirugía reconstructiva mamaria tras la resección, lo que mitiga el alcance traumático (imaginario, simbólico y físico) de la amputación sin reconstrucción.

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Establecer la influencia de la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor, Arequipa 2019.

4.2. **Específicos**

- a. Conocer las características clínicas de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor, Arequipa 2019.
- b. Conocer los niveles de resiliencia en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor, Arequipa 2019.
- c. Identificar la frecuencia y severidad de los síntomas de depresión en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor, Arequipa 2019.
- d. Conocer cómo influye la resiliencia en la presencia de síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en la asociación Paz y Amor, Arequipa 2019.

5. **Hipótesis**

Dado que el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento de este suele ser un evento muy estresante y que un tercio de las pacientes se enfrentan a problemas psicológicos

como la ansiedad y depresión.

Es probable que mejores niveles de resiliencia disminuyan la presencia y severidad de síntomas depresivos en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de datos, en la Escala de resiliencia de Wagnild y Young (Anexo 1) y en la escala de depresión de Hamilton (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.2. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el programa “Paz y Amor” que se desarrolla en el Hospital Nacional Carlos A. Seguin Escobedo, Arequipa.

2.3. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer bimestre del 2019.

2.4. Unidades de estudio: Mujeres mastectomizadas del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo pertenecientes a la asociación Paz y Amor.

2.5. Población: Todas las mujeres mastectomizadas del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo pertenecientes a la asociación Paz y Amor en el periodo de estudio.

2.6. Muestra: No se considerará el cálculo de un tamaño de muestra ya que se espera encuestar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

2.7. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Mastectomizadas por cáncer de mama
- Participación voluntaria en el estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Pertenencia al grupo Paz y Amor por al menos 6 meses
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Pacientes con diagnóstico anterior de algún trastorno del estado de animo

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con el encargado de dicho grupo para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se abordará a los integrantes del grupo para explicar el motivo de estudio y solicitar su participación voluntaria. Se aplicarán los instrumentos de estudio.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- Humanos
 - Investigadora
 - Asesor.
- Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

- Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Se empleará la escala de Wagnild –Young (35), que fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, y consta de 25 reactivos que son puntuados en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo todos los ítems calificados positivamente, fluctuando los puntajes entre 25 a 175 puntos. Cubre cinco (05) áreas o perspectivas de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems). En el Perú, la Escala original fue adaptada y analizada psicométricamente por Novella en el 2002 quien obtuvo un coeficiente alfa una consistencia interna global de 0.875 y correlaciones ítem-test que fluctúan entre 0.18 a 0.63, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0.01 ($p < 0.01$) (36).

Los factores que evalúa la escala de Resiliencia son (35):

- a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.
- e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Para la Depresión (Anexo 02), la escala de Hamilton consta de 17 ítems, el cual cada uno presenta puntajes: los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11 van de 0 hasta 4; los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 16 que van de 0 hasta 3 y los ítems 15 y 17 van desde 0 hasta 2 puntos, el puntaje total es 52, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera (37):

- ✓ No deprimido 0-7.

- ✓ Levemente deprimido 8-14.
- ✓ Moderadamente deprimido 15-24.
- ✓ Gravemente deprimido más 25.

Fiabilidad: La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

3.4. Criterios para manejo de resultados

- **Plan de Procesamiento**
 - Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.
- **Plan de Clasificación:**
 - Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).
- **Plan de Codificación:**
 - Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.
- **Plan de Recuento.**
 - El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.
- **Plan de análisis**
 - Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se mostrarán como

frecuencias absolutas y relativas. La relación entre variables se establecerá mediante tau b de kendall, y la comparación se hará mediante el cálculo de la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 19				Febrero 19				Marzo 19			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución							■	■	■			
5. Análisis e interpretación										■		
6. Informe final											■	

Fecha de inicio: 02 de Enero 2019

Fecha probable de término: 10 de Marzo 2019

V. Bibliografía Básica

- 1) Cáncer de mama: prevención y control. OMS. <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>, con acceso el 24 Ene 2019.
- 2) Guil R, Zayas A, Gil-Olarte P, Guerrero C, González S, Mestre JM. Bienestar Psicológico, Optimismo Y Resiliencia En Mujeres Con Cáncer De Mama. Universidad de Cádiz. Psicooncología 2016; 13 (1): 127-138.
- 3) Huicochea S, González P, Tovar I, Olarte M, Vázquez J. Cáncer de mama, Anales de Radiología México 2009;1:117-126
- 4) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin. 2018 Jan. 68 (1):7-30.
- 5) Michailidou K, Lindström S, Dennis J, Beesley J, Hui S, et al. Association analysis identifies 65 new breast cancer risk loci. Nature. 2017 Oct 23.

- 6) Milne RL, Kuchenbaecker KB, Michailidou K, Beesley J, Kar S, et al. Identification of ten variants associated with risk of estrogen-receptor-negative breast cancer. *Nat Genet.* 2017 Oct 23.
- 7) Hankinson SE, Eliassen AH. Circulating sex steroids and breast cancer risk in premenopausal women. *Horm Cancer.* 2010 Feb. 1(1):2-10.
- 8) Cuzick J, DeCensi A, Arun B, Brown PH, Castiglione M, Dunn B, et al. Preventive therapy for breast cancer: a consensus statement. *Lancet Oncol.* 2011 May. 12(5):496-503.
- 9) van den Brandt PA, Schulpen M. Mediterranean diet adherence and risk of postmenopausal breast cancer: results of a cohort study and meta-analysis. *Int J Cancer.* 2017 15;140(10):2220-2231.
- 10) Smith-Bindman R. Environmental causes of breast cancer and radiation from medical imaging: findings from the Institute of Medicine report. *Arch Intern Med.* 2012 Jul 9. 172(13):1023-7.
- 11) Chen AC, Paulino AC, Schwartz MR, Rodriguez AA, Bass BL, Chang JC, et al. Prognostic markers for invasive micropapillary carcinoma of the breast: a population-based analysis. *Clin Breast Cancer.* 2013 Apr. 13(2):133-9.
- 12) Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, Harris JR, Khan SA, Horton J, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Stages I and II Invasive Breast Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014 Mar 1. 88(3):553-64.
- 13) Smith GL, Jiang J, Buchholz TA, Xu Y, Hoffman KE, Giordano SH, et al. Benefit of adjuvant brachytherapy versus external beam radiation for early breast cancer: impact of patient stratification on breast preservation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014 Feb 1. 88(2):274-84.
- 14) Phillips KA, Milne RL, Rookus MA, Daly MB, Antoniou AC, Peock S, et al. Tamoxifen and Risk of Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. *J Clin Oncol.* 2013 Sep 1. 31(25):3091-3099.
- 15) Boughey JC, Attai DJ, Chen SL, Cody HS, Dietz JR, Feldman SM, et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) Consensus Statement from the

- American Society of Breast Surgeons: Data on CPM Outcomes and Risks. *Ann Surg Oncol*. 2016 Oct. 23 (10):3100-5.
- 16) Greenlee H, Balneaves L, Carlson M, et al. Clinical Practice Guidelines on the Use of Integrative Therapies as Supportive Care in Patients Treated for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2014. 50:346-358.
 - 17) Smith RA, Andrews K, Brooks D, DeSantis CE, Fedewa SA, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer screening in the United States, 2016: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2016 Mar. 66 (2):95-114.
 - 18) Oliver-Quetglas A, Torres E, March S, Socias I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):84-96.
 - 19) Alarcón R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M, Guía De Practica Clinica De Los Trastornos Depresivos. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>, con acceso el 24 Ene 2019.
 - 20) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. *Rev Médica Paz*. 2014; 20(2):84-84.
 - 21) Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González MA, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 2015; 19(3):166–172
 - 22) APA: American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
 - 23) Rodriguez B. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur. J. Psychiat.*, 2002; 16: 27-38 <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>
 - 24) Melillo A, Suarez Ojeda N. (comps.), *Resiliencia. descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós, 2001
 - 25) Melillo A. *Resiliencia*. *Revista Electronica El Psicoanálisis*. Disponible en: <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/resiliencia1.htm>

- 26) Henderson N, Milstein M. Resiliencia en la escuela. Buenos Aires, Paidós, 2003
- 27) González-Arratia N, Nieto D, Valdez J. Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 2011; 8 (1)
- 28) Pérez B, Medina R. Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicologia.com*. 2011; 15:17
- 29) Cotacallapa F. Factores asociados a la resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino del Hospital Goyeneche de Arequipa 2009. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2009
- 30) Zúñiga SY. Comparación del estado depresivo en mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama. Hospital Goyeneche, Arequipa, Julio - Diciembre 2016. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María 2017
- 31) Ascencio AJ. Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo 2013. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2015
- 32) Calva JB, Castro MG. Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012. Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.
- 33) Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, Kourakos M. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2017; 18 (9): 2545-2550.
- 34) Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama *Papeles del Psicólogo*, 2015; 36(1): 62-73.
- 35) Wagnild y Young. Escala de resiliencia. <http://es.scribd.com/doc/39013071/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young>
- 36) Salgado AC. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit* 2005, 11(11): 41-48

- 37) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.

