



**TRABAJO FINAL DE GRADO:
Proyecto de Investigación**

*“Impacto psicológico y estrategias de
afrentamiento ante la recurrencia del cáncer de
mama en mujeres uruguayas después de 5 años
libre de la enfermedad.”*

Estudiante: Rita Silveira Álvarez 4513571-3

Docente tutora: Prof. Agda. Dra. Ana Luz Protesoni

Docente revisora: Prof. Adj. Mag. Mariana Zapata

Montevideo, Uruguay – Setiembre 2023

Tabla la de contenido

1. Resumen.....	3
2. Fundamentación y antecedentes	4
2.1 Fundamentación	4
2.2 Antecedentes de Investigación	6
3. Marco Teórico	11
4. Problema y preguntas de investigación.....	15
5. Objetivos	16
5.1 Objetivo general	16
5.2 Objetivos específicos	16
6. Diseño metodológico.....	16
6.1 Método	16
6.2 Muestra y criterios de inclusión	17
6.3 Técnicas de recolección de datos	18
6.4 Procedimiento	20
6.5 Análisis de datos	20
7. Cronograma de ejecución	22
8. Consideraciones éticas	23
9. Resultados esperados y plan de difusión.....	23
10. Referencias bibliográficas	25

1. Resumen

A nivel internacional y nacional existe evidencia de la alta prevalencia del cáncer de mama en mujeres y como consecuencia puede causar la muerte. De tal manera el diagnóstico primario de la enfermedad, así como un diagnóstico de recurrencia puede generar efectos negativos en la salud mental de las mujeres y su entorno. Por lo tanto, el presente proyecto tiene como objetivo describir el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento en pacientes con recurrencia de cáncer de mama luego de 5 años o más libre de la enfermedad. Se propone un estudio con diseño mixto, transversal y con alcance descriptivo. Las técnicas de recolección de datos son: un formulario breve de datos sociodemográficos y de datos clínicos, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Cuestionario de percepción de enfermedad (BIP-Q), la escala Breve COPE y una entrevista individual semiestructurada. Se espera describir la relación entre los niveles de ansiedad y depresión y las estrategias de afrontamiento; de igual forma la relación entre percepción de enfermedad y estrategias de afrontamiento. Además, examinar y describir cómo los resultados de las escalas y las entrevistas tienen o no correlación entre sí y describir posibles emergentes. Asimismo, aportar información pertinente que sirva de insumo para realizar intervenciones asertivas, competentes, empáticas en psicología y también en otras disciplinas de la salud.

Palabras claves: recidiva, recurrencia, cáncer de mama, estrategias de afrontamiento, impacto psicológico

Abstract

There is international and national evidence of the high prevalence of breast cancer in women and as a consequence it can cause death. Thus the primary diagnosis of the disease as well as a diagnosis of recurrence may have negative effects on women's mental health and their environment. Therefore the present research project aims to describe the psychological impact and coping strategies in patients who are suffering from breast cancer recurrence after 5 years or more free of the disease. A mixed, cross-sectional, descriptive study design is proposed. The data collection techniques are individual semi-structured interview, brief form of sociodemographic data and clinical data, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the BIP-Q and the Brief COPE scale. It is expected to describe the relationship between anxiety and depression levels and coping strategies; as well as the relationship between illness perception and coping strategies. Also examine and describe how the results of the scales and the interviews are or are not correlated with each other and describe possible emergents. It is also expected to provide relevant information that will serve as input for assertive, competent and empathic interventions in psychology, as well as in other health disciplines. *Keywords:* breast cancer recurrence, coping strategies, psychological impact

2. Fundamentación y antecedentes

2.1 Fundamentación

A través del presente proyecto de investigación se busca identificar y describir el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres que padecen recurrencia de cáncer de mama¹ luego de 5 años o más libre de enfermedad. Se busca conocer cómo viven la experiencia de un nuevo diagnóstico y cómo afrontan esta nueva irrupción del cáncer en sus vidas.

Según Calzado et al. (2014) el cáncer de mama es el crecimiento sin control de células malignas en el tejido mamario. Mientras que los diagnósticos más frecuentes son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente que presentan las mujeres, y la enfermedad es la principal en causar la muerte de mujeres a nivel mundial y en Uruguay también. De acuerdo con los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) en el año 2020, fueron diagnosticados 2,26 millones de nuevos casos de cáncer de mama y alrededor de 685.000 mujeres fallecieron como consecuencia de esa enfermedad.

Mientras en Uruguay, según Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC, 2023) y el Registro Nacional del Cáncer (RNC, 2023) la incidencia registrada en el período 2015-2019 fue de 71.207 casos de tumores malignos y un promedio de 14.200 casos nuevos cada año (excluyendo el cáncer de piel no melanoma). De los mismos se desglosa que fueron diagnosticadas de cáncer de mama en promedio 2.000 nuevos casos, por lo tanto 5 mujeres uruguayas son diagnosticadas de esta patología por día. Respecto a la mortalidad, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. En el mismo periodo (2015-2019) se registraron en promedio casi 715 muertes anuales en nuestro país.

El RNC, tal como indica la CHLCC² (2023), tiene como principal cometido “reunir información actualizada sobre incidencia del cáncer (casos nuevos) en todo el territorio nacional”. En comunicación mantenida con la secretaria de CHLCC afirma “el evento de interés para el RNC es el diagnóstico inicial de cáncer, no se recaba información sobre recaídas o recurrencias (sean estas locales, es decir en el mismo órgano, o a distancia, en órganos

¹ La recurrencia del cáncer de mama es cuando este vuelve a aparecer después del tratamiento y pasado determinado período en el que ya no pudo detectarse. La recurrencia puede darse meses o incluso años después del tratamiento original del cáncer de mama. <https://www.breastcancer.org/es/tipos/recurrente>

² <https://www.comisioncancer.org.uy/Institucional/Registro-Nacional-de-Cancer-uc201#:~:text=Proporcionar%20informaci%C3%B3n%20de%20la%20supervivencia,%2C%20moleculares%2C%20etc>

alejados)” (S. Robaina, comunicación personal, 10 de febrero 2023). Según lo expresado por Robaina el RNC cuenta con información de pacientes que, “presentando un diagnóstico de cáncer de mama, en fecha posterior desarrollan cáncer en la mama contralateral; o que en fecha posterior al diagnóstico de un carcinoma in situ desarrollan un tumor invasor en la misma mama o la contralateral”. Además, aporta datos del RNC sobre el porcentaje de pacientes que, presentando un diagnóstico de cáncer de mama invasor en el período 2002-2019, desarrollaron posteriormente cáncer en la mama contralateral o pacientes que en fecha posterior al diagnóstico de un carcinoma in situ en dicho período desarrollan un tumor invasor en la misma mama o la contralateral. “Se encontraron 1.2% de casos de cáncer de mama con un segundo cáncer registrado en ese período. El tiempo medio transcurrido entre un cáncer y otro fue $6,2 \pm 4,2$ años (media \pm desvío estándar)” (S. Robaina, comunicación personal, 10 de febrero 2023). Ante los datos aportados, Robaina advierte de la importancia para obtener estimaciones precisas acerca de la recurrencia del cáncer de mama “es necesario seguir una gran cohorte de pacientes con cáncer de mama durante 20 años o más después de su primer diagnóstico, por lo que las cifras deben ser tomadas con precaución” (S. Robaina, comunicación personal, 10 de febrero 2023).

Desde el Estado, a través de sus Instituciones se trabaja en políticas públicas para controlar y disminuir la enfermedad, enfocando sus estrategias sanitarias en la prevención y detección temprana, que inciden directamente en una mayor supervivencia de las mujeres diagnosticadas. El aumento de la supervivencia de los pacientes como menciona Vivar (2012) implica también una mayor incidencia de segundos tumores y recurrencias, incluso efectos secundarios tardíos a causa de los tratamientos, secuelas físicas y psicosociales.

De Polo (2021) menciona que ante el diagnóstico de cáncer de mama habitualmente se procede a una cirugía y a la administración de tratamientos adyuvantes para eliminar las células cancerosas que hayan quedado, así reducir el riesgo de recurrencia. Esta misma autora afirma que el riesgo de recurrencia varía en cada persona, así como la presencia de algunos factores involucrados: estadio del cáncer, el tamaño del tumor maligno, ganglios linfáticos positivos, estado de receptores de hormonales, edad en el momento del diagnóstico.

Mientras Protesoni (2019) desde una perspectiva de la psicología y la salud mental expresa:

El diagnóstico de cáncer suele aparecer de modo disruptivo en la vida de la persona, generando una situación crítica y activando procesos de duelo. Dicha conmoción se anida en la representación social que se ha construido en torno al cáncer como enfermedad grave, sería, que altera la vida al enfrentar a la persona con su finitud. El diagnóstico opera como estresor, vale decir, como un suceso adverso que se

desarrolla desde el interior del cuerpo y que produce una vivencia de amenaza vital que lleva al paciente a interrogarse sobre su existencia, (p.4).

Como es mencionado por Protesoni (2019) la palabra cáncer tiene múltiples representaciones sociales. También lo confirma y sigue la misma línea Sanz y Modolell (2004) que lo asocia con sufrimiento y dolor, degradación del cuerpo, agonía, muerte, tratamientos agresivos y mutilantes. Con frecuencia el diagnóstico es concebido como una sentencia de muerte (Rodríguez Fernández, 2007). Ante lo expuesto por estos autores es de relevancia profundizar sobre el impacto psicológico y estrategias de afrontamiento que genera tanto el diagnóstico primario como la recurrencia del cáncer en los pacientes luego de 5 años o más libre de la enfermedad.

2.2 Antecedentes de Investigación

Los antecedentes se conforman en base a una búsqueda de publicaciones científicas vinculada a la temática, la misma abarcó producciones en idioma español e inglés. Se utilizaron repositorios digitales especializados en la búsqueda de bibliografía científico-académica, por ejemplo: Google Académico, Timbó, Scielo, Redalyc, Colibrí, PubMed Central y Sciencedirect. Se utilizaron palabras claves realizando diferentes combinaciones para obtener más resultados, las palabras fueron: psicología, cáncer de mama, impacto psicológico, malestar emocional, emociones, representaciones, comportamiento, recidiva y recidiva de cáncer de mama, recidiva de cáncer y afrontamiento, recidiva y afrontamiento, recurrencia y recurrencia de cáncer de mama, breast cancer recurrence, copying and breast cancer recurrence.

Según un estudio realizado por Cella et al. (1990) la recurrencia del cáncer se tipifica como un evento traumático. Las pacientes con recurrencia tienen mayor riesgo de padecer síntomas de estrés, depresión, ansiedad, dificultades de sueño, pensamientos intrusivos, mayor excitación, vulnerabilidad y retraimiento social. La muestra fue de 40 pacientes (12 mujeres con cáncer de mama) hospitalizadas y ambulatorias de un centro médico universitario del medio oeste de Estados Unidos. Respecto al periodo de remisión varió entre 6 y 180 meses. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Impacto de Evento (IES), Escala de Autoinforme de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (PAIS-SR) y Entrevista semiestructurada. Un dato que revela este estudio, es que los pacientes perciben la recurrencia de la enfermedad como un evento más perturbador que el diagnóstico inicial, así lo mencionan en la entrevista y en los resultados de las evaluaciones. Otro aspecto relevante y central respecto a la recurrencia es la pérdida de esperanza, los pacientes declararon abrumador el diagnóstico de recurrencia y más dañino para su sentido de esperanza de lo

que había sido recibir el diagnóstico inicial. Se suma además la percepción ante las reacciones del personal tratante, experimentaron una caída en la esperanza para la supervivencia a largo plazo cuando se descubrió una recurrencia.

Bull et al. (1999) por su parte, realizó un estudio longitudinal prospectivo para aclarar la relación entre el cáncer recurrente y la calidad de vida. Fueron 69 mujeres italianas con cáncer de mama recurrente, asistidas en hospitales generales del norte y centro de Italia. Se utilizaron cuestionarios autoinformados que evaluaban múltiples componentes de la calidad de vida en tres momentos, antes de la recurrencia, inmediatamente después y luego de 6 meses. Las percepciones de la calidad de vida general, el estado general de salud, el funcionamiento emocional, social y físico fueron peores inmediatamente después del diagnóstico de recurrencia que antes de la misma. Evidenciaron mejoría significativa en el seguimiento (comparando con el momento del diagnóstico de recurrencia); pero la mayoría de las áreas de la calidad de vida fueron afectadas en comparación con la prerrecurrencia. Los síntomas físicos autoinformados fueron un fuerte predictor de las calificaciones posteriores a la recurrencia, luego de 6 meses los síntomas físicos se los asoció con una peor calidad de vida en general. Ante la ausencia de una mejora física ostensible y a pesar de estar frente a un diagnóstico de peligro para la vida, los resultados mostraron que fueron capaces de movilizar sus recursos y comenzar a adaptarse al episodio de recurrencia.

Andersen et al. (2005) presentan según los autores el primer estudio prospectivo longitudinal controlado, con el objetivo de conocer las respuestas psicológicas a un diagnóstico de recurrencia del cáncer. Los casos se seleccionaron de un Centro Oncológico Integral designado por el National Cancer Institute. La población estudiada fueron 227 mujeres que padecieron cáncer de mama, luego de 8 años, 30 habían tenido recurrencia. Para el estudio utilizaron la Escala de Impacto de Evento (IES), Perfil de Estados de Ánimo (POMS), Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), encuesta breve de 36 ítems de MOS (SF-36), Índice de Red Social (SNI), Escalas de Apoyo Social Percibido para Amigos (PSS-Fr) y Familia (PSS-Fa), la Escala de Ajuste Diádico (DAS) y el estado funcional de Karnofsky (KPS). Se destaca en este estudio que el resultado del estrés provocado por el diagnóstico recurrente coincide al informado por las pacientes en su diagnóstico inicial. Las pacientes con enfermedad recurrente informan estrés por el cáncer, per se, con pensamientos intrusivos y evitación, pero según los autores lo más importante, que no es acompañado de angustia global o alteración en la calidad de vida. Los autores también afirman que tener experiencia previa de un diagnóstico de cáncer puede permitirles ser emocionalmente resistentes, al menos inicialmente, al cambio repentino en el estado de su enfermedad. Mencionan que las reacciones de estrés están “compartimentadas” y se centran en el cáncer,

pero no parecen provocar síntomas ansiosos, depresivos o de ira, como se ha sugerido, incluso cuando las pacientes tienen una vida activa y la consiguiente interrupción modifica sus actividades cotidianas.

Por su parte Kenne et al. (2007), en Suecia realizan un estudio descriptivo, correlacional y predictivo. Se estudió cómo las mujeres con recurrencia de cáncer de mama hacen frente a los síntomas angustiantes y qué factores predicen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El estudio se realizó a 56 mujeres posmenopáusicas con recurrencia de cáncer de mama, la recurrencia se dio entre 10 y 437 semanas después del diagnóstico inicial. Se aplicaron la Escala de Evaluación de Síntomas del Memorial (MSAS) cuestionario multidimensional que consta de 32 síntomas físicos y psicológicos en términos de aparición, frecuencia, gravedad y grado de angustia, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), escala Sense of Coherence (SOC 13-item), Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) y el Cuestionario Básico de Calidad de Vida del Grupo Internacional de Estudio del Cáncer de Mama. Los síntomas más frecuentes fueron problemas con el interés y la actividad sexual, el más grave era la preocupación y el más angustioso fue el dolor. Las pacientes presentaron entre 10 y 23 síntomas de enfermedad, experimentan síntomas múltiples e interrelacionados, informan niveles más altos de angustia por los síntomas. La mayoría que experimentó dolor también reportó ansiedad y depresión. La mayoría que informó depresión también informó ansiedad. El estudio indica que la mayoría (88%) experimentan fatiga, falta de energía (67%) y cansancio (87%). El estudio demuestra que la capacidad de afrontamiento está significativamente asociada con la ansiedad, la depresión y la salud percibida. Verifican que el cansancio, el bienestar físico y los trastornos del estado de ánimo tienen un impacto significativo en la adaptación percibida a la enfermedad y la salud percibida. Los síntomas psicológicos (sentirse nervioso, preocupado, irritable y triste) ocurren con frecuencia o casi constantemente. Los síntomas físicos (dolor, estreñimiento, falta de energía, sequedad de boca, somnolencia y falta de apetito) se experimentan como bastante o muy angustiantes. La mayoría de las mujeres reportaron problemas con la adaptación a la enfermedad. Los pacientes con menor capacidad de afrontamiento informan una mayor prevalencia de síntomas, experimentan mayores niveles de angustia, peor adaptación percibida a la enfermedad, y experimentan una peor percepción de la salud que puede disminuir su CVRS.

Yang et al. (2008) presenta un estudio longitudinal que evalúa las relaciones entre el estrés, el afrontamiento y la calidad de vida de la salud mental en una población con cáncer recurrente. Participaron 82 mujeres atendidas en una clínica de Oncología médica universitaria afiliada al National Cancer Institute. El intervalo libre de enfermedad promedio

fue de 46 meses, fueron evaluadas inicialmente 9 semanas después de recibir el diagnóstico de recurrencia, 4 meses después fueron reevaluadas de manera similar. Se utilizó la Escala de Impacto de Evento (IES), Estado Funcional de Karnofsky (KPS), Cuestionario Breve de Dolor (BPQ), el Inventario de Síntomas de Fatiga (FSI) y El Breve COPE. Principalmente se trabaja el estrés traumático (pensamientos intrusivos, pensamientos y conductas de evitación, emociones negativas fuertes relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer) y el estrés por síntoma (combinación de síntomas/signos de toxicidad del tratamiento del cáncer, estado funcional e interferencia de la fatiga y el dolor). Se utilizaron dos variables “afrentamiento de compromiso” que evaluó: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental y reformulación positiva. La otra variable, el “afrentamiento de desconexión”, que evaluó tres estrategias: negación, uso de alcohol/drogas y desconexión conductual. El afrontamiento comprometido se correlacionó con una mejor calidad de vida mental y el afrontamiento de desconexión con una calidad de vida más pobre. Cuando el estrés por síntomas o el estrés traumático es alto, la desconexión como estrategia de afrontamiento se vuelve más probable, afectando negativamente la calidad de vida. Los pacientes con altos niveles de síntomas físicos están particularmente agobiados, afectando el comportamiento, es probable que surja un afrontamiento de desconexión y resulte negativo para la salud. Pacientes que usaban frecuentemente afrontamiento de participación frente a varios síntomas físicos, se mantuvo su calidad de vida de salud mental. Sin embargo, para su estrés traumático, el uso frecuente de afrontamiento de compromiso no fue tan efectivo.

Brothers y Andersen (2009) estudiaron si la desesperanza es un predictor de síntomas depresivos en pacientes con recurrencia de cáncer de mama, basándose en la Teoría de la depresión por desesperanza. La población estudiada fueron 67 mujeres, que recibían atención en una clínica de oncología médica universitaria afiliada al National Cancer Institute. La evaluación inicial en un promedio de 75 días después del diagnóstico, y seguimiento 4 meses después. Se utilizó la Escala de desesperanza de Beck (BHS), Índice de Red Social (SNI), Escalas de Apoyo Social Percibido para Amigos (PSS-Fr) y Familia (PSS-Fa), Signos y toxicidades de los tratamientos contra el cáncer (SymS/Tox), Estado Funcional de Karnofsky (KPS), La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los sentimientos de desesperanza en mujeres recientemente diagnosticadas con recurrencia predijeron más sintomatología depresiva 4 meses después. El estado de pareja interactuó con la desesperanza para predecir los síntomas depresivos posteriores, las mujeres sin pareja y sintiéndose desesperanzadas estaban en mayor riesgo de síntomas depresivos en el seguimiento. Los resultados mostraron que los sentimientos de desesperanza contribuyen a cambios en los síntomas depresivos. Las mujeres con mayor riesgo de síntomas depresivos posteriores fueron aquellas que informaron mayores sentimientos de desesperanza en el

momento del diagnóstico y que estaban solas al enfrentar la recurrencia del cáncer. Aproximadamente un tercio tenía síntomas depresivos clínicamente significativos, consistente con las tasas de depresión encontradas en pacientes con cáncer avanzado. En la evaluación inicial, las pacientes que estaban tanto deprimidas como desesperanzadas representaban el 16% de la muestra. Del resto, algunas estaban deprimidas, pero no desesperanzadas (19%) y unas pocas (12%) informaron desesperanza en ausencia de síntomas depresivos.

Thornton et al. (2014) realizaron un estudio cualitativo con el fin de recopilar información que permita una mejor comprensión de las respuestas emocionales y las necesidades de los pacientes con recurrencia, para poder identificar y adaptar las estrategias de intervención a esta población específica. Se estudiaron 35 mujeres con diagnóstico de recurrencia de cáncer de mama (16) y ginecológico (19), pacientes de una Clínica de Oncología médica universitaria afiliada al National Cancer Institute. El promedio del diagnóstico de la recurrencia estuvo en 2,8 años. Las técnicas utilizadas fueron entrevistas individuales y grupales. Los datos que surgen, es que los síntomas depresivos pueden ser más problemáticos para aquellos con recurrencia de cáncer, principalmente fueron síntomas de tristeza, pesimismo, pérdida de esperanza, sentirse tristes y solas. No se mencionaron sentimientos negativos sobre uno mismo (inutilidad, disgusto por uno mismo y castigo) comúnmente vistos en personas deprimidas. La ansiedad ante la recurrencia se manifiesta más desde lo cognitivo (preocupación, rumiación, y pensamientos intrusivos). Los focos de preocupación fueron: síntomas físicos, progresión del cáncer, muerte por cáncer y necesidades de su familia. Expresaron sentimientos de ira, frustración de sus propios esfuerzos y los tratamientos ineficaces, además la molestia de nuevas rondas. Respecto a las redes de apoyo se menciona un debilitamiento de las mismas en comparación con diagnóstico inicial, se menciona una pérdida de contactos y la frecuencia de los mismos. Otro dato que surge refiere a las emociones positivas y las estrategias de afrontamiento, se la vincula la felicidad con algún logro o acciones positivas como la aceptación de la enfermedad, autoperdón, autocuidado eliminando el estrés.

En síntesis, se destaca la importancia de indagar y describir sobre el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento que manifiestan las mujeres ante la recurrencia del cáncer. En tanto hay resultados con puntos de convergencia y complementarios, mientras otros son contradictorios. Fueron seleccionadas 7 investigaciones a nivel internacional, una realizada en Suecia, otra en Italia y 5 realizadas en Estados Unidos. Las investigaciones reportan coincidencias respecto a la aparición frecuente de síntomas de ansiedad y/o depresión, malestar emocional, estrés, sentimientos de desesperanza, soledad y también confirman que

ante la presencia de sintomatología física estos toman mayor preponderancia. Por otro lado, algunas de las investigaciones presentadas son contradictorias, refieren a la recurrencia del cáncer como un evento traumático y con mayor impacto psicológico en comparación al diagnóstico inicial. Mientras otras destacan la capacidad de adaptación y mayor fortaleza emocional por haber cursado la enfermedad en el pasado. Respecto a las estrategias de afrontamiento los planteamientos son variados y responden a diferentes variables. Algunos estudios lo relacionan al estado de salud y síntomas físicos, otros los relacionan al estado emocional, mientras otros los asocian al apoyo social y situación de estar o no en relación de pareja.

Por otra parte, a nivel nacional es un fenómeno escasamente estudiado, no se hallaron registros de investigaciones. Es primordial que, desde la psicología con una perspectiva de la salud mental se siga estudiando y profundizando en la temática para realizar intervenciones asertivas y empáticas. Según mencionan Fernández et al. (2017) “La presencia de una recidiva constituye una de las fases más difíciles para el paciente y su entorno, pues implica tener que volver a enfrentarse a la enfermedad, la cual se daba por superada” (p.66).

3. Marco Teórico

En este apartado se expondrán conceptos y nociones teóricas que den un marco de referencia a la investigación con ideas y conceptos claves que permitan articular y comprender los antecedentes planteados con el objetivo de la investigación.

Para abordar dicha temática es necesario tener de una mirada amplia e integrativa como lo plantea el paradigma social-expansivo, en palabras de Saforcada y Kelly (1999) “busca explicar los fenómenos emergentes del proceso de salud-enfermedad partiendo del supuesto que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socio-económicas, psicosociales y culturales” (p.16). En esta misma línea Morales (1999) plantea:

La salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito natural y social en que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad. (p.24)

Por lo tanto, se puede decir que el psicólogo que trabaja en la salud y específicamente psicooncología tiene un amplio campo de acción, trabaja con el paciente, así como con sus familiares, desde el momento del diagnóstico y/o en las diferentes fases de la enfermedad.

También desde su rol y experticia aporta a lo institucional en políticas de promoción y prevención en salud.

Como menciona Rivero et al. (2008),

El psicólogo formado en oncología, integrado en un equipo multidisciplinar oncológico, debe asumir dentro de este colectivo las tareas de soporte psicológico, desde el diagnóstico hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz". (p.173)

El National Cancer Institute (NCI, 2020) indica que el control del cáncer es "como un continuo" que se lleva adelante en todas las fases necesarias para tratar la enfermedad. Desde la etiología del cáncer, la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la supervivencia y el final de la vida. Según la American Society of Clinical Oncology (ASCO) y NCI en la etapa de supervivencia se puede identificar el periodo libre de enfermedad o remisión, este sucede después de terminar el tratamiento primario para un cáncer, durante el cual el paciente sobrevive sin signos ni síntomas clínicos del cáncer. En esta misma línea la Clínica Universidad de Navarra (2022) valora esta etapa (libre de enfermedad o remisión) según el tiempo transcurrido desde la desaparición de la evidencia clínica, radiológica y analítica de la enfermedad tumoral, hasta la recurrencia de la misma o el fallecimiento del paciente por otra causa.

Para Rodríguez Fernández et al. (2014) recurrencia significa la "reproducción del tumor en el mismo sitio donde se originó (recidiva) o en otro lugar de la anatomía después de haber aparentemente desaparecido, y recidiva es una modalidad de recurrencia, pero no todas las recurrencias son recidivas" (p.2). Estos autores consideran que para ambas definiciones hay una ventana de tiempo (libre de enfermedad) entre la finalización de los tratamientos y la reaparición del cáncer para que sea considerado como recurrencia.

Según American Cancer Society (2016), Mayo Clinic (2022) y NCI (2022) consideran que el cáncer de mama recurrente o recidivante puede producirse meses o años después del tratamiento inicial. De tal manera puede reaparecer en distintas zonas del cuerpo y según la localización va a recibir una denominación. En la recurrencia local, el cáncer vuelve a aparecer en la misma zona donde había aparecido por primera vez. Recurrencia regional significa que el cáncer ha regresado en los ganglios linfáticos cercanos, ubicados debajo del brazo, cerca de la clavícula, en el surco que está encima de la clavícula y/o en el cuello. Este tipo de recurrencia es considerada un cáncer de mama localmente avanzado. La recurrencia

distante o metastásica es cuando el cáncer se ha desplazado a partes alejadas del cuerpo, generalmente los huesos, el hígado y los pulmones.

La especificidad respecto al periodo libre de enfermedad (5 años) no es azaroso, está estrechamente relacionado con el tipo de cáncer de mama diagnosticado y a los tratamientos prescritos. Angulo et al. (2013) menciona sobre el tiempo de la administración de medicamento hormonal adyuvante, 5 años como periodo estándar de tratamiento. Por su parte Spinetti et al. (2009) enuncia que “las recidivas locales o regionales del cáncer de mama se presentan en su mayoría en los primeros 5 años posteriores al tratamiento” (p.1). Así mismo Moore (2020) afirma que el riesgo de recurrencia después de 5 años es bajo, la misma autora menciona “muchos sobrevivientes festejan los 5 años libre de cáncer, los pacientes que no han tenido una recurrencia en ese momento, tienen un riesgo relativamente bajo de recurrencia”.

El diagnóstico de cáncer de mama, al igual que como el de recurrencia de la enfermedad puede tener consecuencias a nivel psíquico, emocional y comportamental. Según Varela et al. (2007) el impacto psicológico es un evento amenazante que desencadena esfuerzos de afrontamiento. Mientras Guil et al. (2016) lo refieren como “causante de grandes desajustes psicológicos y emocionales” (p.126). En cambio, Aires-González (2012) lo asocia a múltiples factores de riesgo y habla del impacto psicológico negativo del cáncer. Lo vincula con variables sociodemográficas, clínicas y culturales, edad y momento del ciclo vital en el que se produjo el diagnóstico, tipo de cáncer, curso de la enfermedad, síntomas somáticos, funcionamiento físico, visión pesimista de la enfermedad, creencias culturales, características de personalidad entre otros. Entonces, cuando se menciona impacto psicológico se hace referencia a variables que tienen la capacidad de ser cuantificables, que muestran cómo la persona es afectada subjetivamente en el campo, de las emociones, las cogniciones y de las conductas, ante la presencia de la patología.

Según Martínez-Basurto et al. (2014) las cogniciones son un componente psicológico relacionado con las creencias, ideas y pensamientos, que moderan las emociones y la conducta. Estos autores también hacen referencia al sufrimiento emocional, que es reactivo a la enfermedad, pero también está conectado con los significados socialmente atribuidos y a las creencias de cada uno. Por lo tanto, consideran que las personas que encuentran su salud comprometida pueden tener “creencias funcionales” (p.56), las mismas producen comportamientos más acertados o conductas adaptativas. Pero también están las “creencias irracionales” (p.56) que pueden manifestarse como conductas desadaptativas y como consecuencia la salud puede verse afectada e incluso disminuida.

Para Quiceno y Vinaccia (2010) “las creencias, las percepciones y las clasificaciones sociales e individuales sobre el proceso de salud-enfermedad están determinadas por el contexto socio-cultural y el momento histórico en que se manifiestan” (p.28), de tal manera logran introducirse como conocimiento popular compartido. Así mismo, mencionan que las representaciones (o esquemas) de la enfermedad, funcionan como organizadores que se adquieren mediante la propia experiencia de la patología o por sujetos de su entorno que la padecieron. Por su parte Leventhal et al. (1984, como se citó en Beléndez et al. 2005) afirma que, las representaciones de la enfermedad manejan información básica que se puede agrupar en dimensiones de enfermedad. Tales como identidad de la enfermedad, identificación de síntomas y tratamiento; idea de la causa de enfermedad, se cree saber que la produjo; consecuencias, es la percepción de cómo la enfermedad afectara su vida; curso o duración refiere al tiempo que dure la enfermedad y la creencia de cura identifica el restablecimiento o no de la salud.

Según Cano (2005) la mayoría de los sujetos tienen la capacidad de valorar lo que les sucede y conjuntamente se asocian respuestas emocionales, estas pueden ser agradables o desagradables. Indica que la ansiedad es una reacción emocional que se puede activar ante la incertidumbre y es una respuesta adaptativa que se mantiene en alerta ante la posibilidad de un resultado desagradable o negativo. El mismo autor afirma que estados de ansiedad prolongados en el tiempo puede traer problemas mentales y también trastornos orgánicos. Valencia (2006) considera que una respuesta psicológica frecuentemente asociada a la enfermedad oncológica es la depresión. La relaciona al estigma, temores, percepciones y síntomas concomitantes con la enfermedad. También hace referencia a los tratamientos invasivos que “perturban la vida de los pacientes” (p.245) y mantiene presente la enfermedad. Así mismo aparece el miedo a una muerte dolorosa, desesperanza, aislamiento social, pérdida de autonomía, alteraciones en su apariencia, pérdidas de funciones físicas y fisiológicas Valencia (2006). En concordancia con lo mencionado anteriormente Galindo Vázquez et al. (2015) indican que los síntomas ansiosos y depresivos se consideran como uno de los problemas fundamentales que afecta la salud mental en pacientes oncológicos. Pueden alterar la calidad de vida, adhesión a tratamientos, producir mayor sintomatología como prolongar las internaciones.

A partir de los antecedentes presentados cabe señalar que el diagnóstico de cáncer, al igual que el de recurrencia podría ser considerado como una situación de desequilibrio y estrés punzante. La presencia del cáncer puede percibirse como una amenaza para la vida, para la integridad psicológica y física del paciente. Por su parte Lazarus y Folkman (1986) introducen una definición de afrontamiento como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente

cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164).

Como expresa Macias et al. (2013) el afrontamiento trata de manejar situaciones estresantes en el individuo, busca minimizar los efectos de aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo a través de las acciones, pensamientos y emociones que el individuo domina.

Lazarus y Folkman (1986) plantean dos categorías de afrontamiento, uno dirigido a la emoción y otro dirigido al problema. El primero parte de la propia evaluación donde el individuo no es capaz que modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo tanto, se apoya en procesos cognitivos que regulen la carga de alteración emocional, como son evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos. El otro tipo de afrontamiento planteado por los autores es el dirigido al problema, aquí el individuo tiene la capacidad de evaluar las condiciones que se le presenten y optar por la solución más conveniente.

4. Problema y preguntas de investigación

A nivel internacional y nacional existe evidencia de la alta prevalencia del cáncer de mama en mujeres y como consecuencia puede causar muerte. Por lo tanto, el diagnóstico primario de la enfermedad, así como un diagnóstico de recurrencia puede generar efectos negativos en la salud mental de las mujeres y su entorno. Se considera a esta población vulnerable y con riesgo de padecer consecuencias desfavorables en todas las dimensiones de su existencia.

Por lo tanto, se entiende que el problema de investigación radica en el impacto emocional, cognitivo y comportamental que genera la recurrencia del cáncer de mama luego de un periodo extendido libre de enfermedad, como es percibido y que estrategias de afrontamiento manejan las mujeres.

¿Qué niveles de ansiedad y depresión, registran las mujeres ante la recurrencia del cáncer o segundo diagnóstico?

¿Qué creencias y percepciones se activan en las mujeres ante el diagnóstico de recurrencia del cáncer?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que manifiestan las mujeres ante la recurrencia de la enfermedad?

¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes, estados afectivos, emociones, actividades de interés, temores y/o preocupaciones que se manifiestan con el diagnóstico de recurrencia del cáncer?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

- Identificar y describir el impacto psicológico (emocional, cognitivo y conductual) y las estrategias de afrontamiento que se ponen en funcionamiento ante la recurrencia del cáncer luego de 5 años o más libre de enfermedad en la vida de las mujeres.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar y describir niveles de ansiedad y depresión en mujeres con recurrencia de cáncer de mama.
- Identificar y describir las creencias y percepciones que manifiestan las mujeres respecto a la recurrencia de la enfermedad.
- Identificar y describir las estrategias afrontamiento que se ponen de manifiesto ante la recurrencia de la enfermedad.
- Indagar y describir los pensamientos más frecuentes, estados afectivos, emociones, actividades de interés, temores y preocupaciones que manifiestan las mujeres respecto al diagnóstico de recurrencia de la enfermedad.

6. Diseño metodológico

6.1 Método

Teniendo en cuenta los objetivos planteados para este proyecto se optó por una investigación transversal, según Hernández et al. (2014) recopilan los datos en un momento único. Se propone un diseño mixto que utiliza técnicas cualitativas y cuantitativas para la investigación,

Muñoz (2013) considera que el enfoque mixto es un “proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema” (p.219). Mientras que Mendizábal (2018) complementa lo antes mencionado por Muñoz (2013), considera que se da mayor comprensión, corroboración, enriquecimientos de perspectivas, además de obtener profundidad y amplitud. Así como la relevancia en la integración de los datos (p.15). En relación a los objetivos planteados, la investigación tiene un alcance descriptivo, a partir de los datos producidos podría surgir información que caracterice a las mujeres uruguayas que padecen la recurrencia de la enfermedad. “Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Hernández et al., 2014, p.92).

6.2 Muestra y criterios de inclusión

La muestra se constituye por 32 mujeres que reciben atención médica en centros de salud que pertenecen al sistema de atención pública (16) y privado (16) del Uruguay que atienden patologías mamarias oncológicas. Se trata de un muestreo intencional no probabilístico (Hernández et al., 2014), la constitución de la muestra tendrá características específicas que determinan la población a estudiar. Una investigación de calidad se obtiene cuando la población está bien delimitada, se valora la especificidad de los casos, los mismo enriquecen la recolección y el análisis de datos (Hernández et al., 2014). La conformación de la misma responde a los siguientes criterios de inclusión: mujeres uruguayas mayores de 18 años que han experimentado recurrencia de cáncer mama o un segundo cáncer luego de 5 años o más libres de la enfermedad y ser usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Corresponde especificar que en Uruguay según la Ley 18335 art.5: “Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud”. El criterio excluyente refiere a pacientes menores de edad, que padezcan problemas de salud mental, funcionamiento físico invalidante o estén bajo tratamiento farmacológico con psicoactivos. Los centros de asistencia del sector público que participan del estudio son el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) y el Centro Hospitalario Pereira Rossell - Hospital de la Mujer. Estos son centros de tercer nivel y están en la órbita de Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), ubicados en la ciudad de Montevideo. Ambas instituciones son de referencia a nivel nacional, donde reciben atención médica usuarias de todo el país, por lo tanto, las participantes pueden no residir exclusivamente en Montevideo o área metropolitana. En el sector privado los prestadores de salud seleccionados son Sanatorio Americano y Asociación Española, ubicados en Montevideo. El Sanatorio Americano es un centro de referencia en medicina que integra el Sistema Federación Médica del Interior (FEMI), donde usuarias que residen en el interior del país pueden ser atendidas o derivadas

a este centro. La Asociación Española brinda atención principalmente a usuarios del área Metropolitana.

6.3 Técnicas de recolección de datos

Se utilizarán diversas técnicas, tres escalas autoadministradas (Escala HAD, Cuestionario breve de percepción de enfermedad BIP-Q y el Breve COPE) además un formulario sociodemográfico y de datos médicos y una entrevista en modalidad semi-dirigida.

El formulario sociodemográfico y de datos médicos de confección propia, recolecta información básica de las participantes necesaria para describir a las personas participantes y caracterizar la muestra. Los campos a informar son edad, estado civil, conformación familiar, nivel educativo, situación laboral, ciudad de residencia, edad al momento del primer diagnóstico, tipo de cáncer diagnosticado, tratamientos recibidos, tiempo libre de enfermedad, edad al momento del segundo diagnóstico, tipo de cáncer diagnosticado en la recurrencia y tratamientos actuales.

Con la entrevista se busca contacto cara a cara, en un ambiente confiable y seguro, donde puedan manifestarse con libertad, ya que la temática que se aborda puede resultar sensible y cargada de significados. En palabras de Alonso y Benito (1998) con la entrevista se pretende “la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo” (p.76).

La entrevista es guiada por una pauta de preguntas preestablecidas pero flexibles que posibilite abordar las áreas de interés y para mantener un nivel mínimo de uniformidad entre los temas que se aborden en las mismas. De manera tal que permita la sistematización y análisis posterior de la información. La entrevista indaga sobre ejes o focos específicos: pensamientos más frecuentes, estados afectivos, emociones, identificar acciones o comportamientos (eficaces o ineficaces) ante esta nueva situación de enfermedad, así como temores y/o preocupaciones asociadas con la recurrencia de la enfermedad.

Los instrumentos psicométricos a utilizar están validados y cuentan con una larga trayectoria práctica a nivel internacional y nacional en el área de la salud. Con el fin de cumplir con los objetivos específicos se utilizan tres escalas estandarizadas autoaplicadas, cada uno cumple con la finalidad de medir: niveles de ansiedad y depresión (escala HAD), percepción de enfermedad (cuestionario BIP) y estrategias de afrontamiento (escala breve COPE).

Escala HAD

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS siglas en inglés) se utiliza para evaluar el malestar emocional en pacientes con padecimientos crónicos, que acuden con asiduidad a centros hospitalarios. Evalúa síntomas cognitivos y conductuales y omite los síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida o aumento de apetito), en pacientes oncológicos pueden explicarse por la misma enfermedad o los tratamientos (Nogueta et al.,2013; Galindo Vázquez et al. 2015).

El HADS es un cuestionario de autoaplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada uno, uno de ansiedad y otro de depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas, tiene un formato de respuesta de escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Las puntuaciones de ansiedad como de depresión van 0 a 21 en cada subescala y se considera normal de 0 a 7, dudoso de 8 a 10 y problemático desde 11. En la subescala de ansiedad los reactivos sondan si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Mientras la subescala de depresión hace foco en el concepto de anhedonia como síntoma principal del cuadro e indaga, sobre la pérdida de interés en las actividades cotidianas, tener pensamientos pesimistas o la capacidad de reír (Nogueta et al.,2013; Galindo Vázquez et al. 2015).

Cuestionario BIP

Cuestionario de percepción de enfermedad (Brief-Illness Perception Questionnaire (BIP-Q) en su versión traducida al español) fue diseñada para evaluar rápidamente la representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad (Broadbent et al. 2006).

El BIP-Q está compuesto por 9 ítems, los 8 primeros ítems (consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, respuesta emocional y comprensión de la enfermedad) se responden mediante una puntuación en escala tipo Likert del 0 al 10, en función del grado de acuerdo. El último ítem, causas, es de respuesta abierta, se evalúan las 3 respuestas que se cree que causaron la enfermedad (Quiceno y Alpi, 2013; Pacheco Huergo et al. 2012).

Escala Breve COPE

Según Reich et al. (2016) la escala Breve COPE de Carver (1997), es una versión abreviada del COPE *Inventory* de Carver, Scheier, y Weintraub (1989). Es un instrumento autoinformado, se ha utilizado para evaluar estrategias de afrontamiento en investigaciones en salud. La escala permite evaluar las respuestas para un afrontamiento efectivo o ineficaz.

Está constituido por 24 reactivos, agrupados en 14 subescalas de dos ítems cada una. Tiene un formato de respuesta de escala tipo Likert de 1 a 4 puntos. La 14 subescalas que componen el Breve COPE en español: autodistracción/ distanciamiento mental; afrontamiento activo; negación; uso de sustancias; utilización de apoyo emocional; desvinculación comportamental; expresión de emociones negativas; reinterpretación positiva; planificación; humor; aceptación; religión (Reich et al. 2016).

6.4 Procedimiento

En primera instancia se presentará el proyecto ante el Comité de Ética de Facultad de Psicología de la UDELAR, a fin de conseguir el aval pertinente para su ejecución. Luego se contactará con las autoridades de las instituciones seleccionadas con el fin de obtener los permisos y solicitudes particulares. Es fundamental acceder y mantener la comunicación con los equipos médicos de oncología, ya que estarán a cargo de realizar la identificación y derivación de pacientes con las características establecidas. Luego, se realizará un primer contacto con los pacientes, presencial o telefónico, para informarles de la importancia de su participación en el estudio y de los procedimientos. En caso de confirmar su participación se procede a la lectura y firma del consentimiento informado. Los datos se recabarán en dos etapas, la primera de manera presencial o de forma online a través de un link al que podrán acceder a través del teléfono celular, tablet o computadora. Son la aplicación del cuestionario sociodemográfico y las pruebas autoadministradas que incluyen las tres evaluaciones estandarizadas. La modalidad online podrá realizarse con asistencia telefónica de ser necesaria. La segunda etapa consta de la entrevista presencial o a través de videollamada, la cual se grabará en cualquiera de las modalidades.

6.5 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizarán los resultados de las escalas autoinformadas, del formulario sociodemográfico y de datos médicos, del mismo modo que las transcripciones de todas las entrevistas. Los resultados producidos de ambos análisis se combinan de manera tal que proporcionen datos coherentes que reflejen la realidad de estas mujeres y den respuesta a las preguntas de investigación establecidas. Asimismo, con este estudio no se pretende generalizar datos, es inapropiado porque se cuenta con una muestra muy reducida y se podría caer en errores.

La información generada a través de las escalas y formularios antes mencionados será volcada y almacenada en una matriz de datos que permita realizar un análisis que describa y explique la realidad que experimentan las participantes del estudio. Como se dispone de

los datos en formato digital se pueden usar diferentes softwares de análisis estadísticos, por ejemplo, el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Los datos cuantitativos en este caso admiten dos niveles de análisis, uno general no representativo a partir de la muestra intencional permite ver de cada una de las escalas las tendencias principales, tendencia central (media, mediana y moda) y desviación estándar. De tal manera los resultados numéricos nos indican cómo se agrupan, distribuyen y mueven las variables. En el otro nivel de análisis las escalas van a mostrar específicamente los resultados individuales que ayudan a pensar la situación de cada mujer conjuntamente con la entrevista.

El análisis de las entrevistas se lleva adelante a partir de la lectura de cada una de las transcripciones utilizando el programa MAXQDA que tiene amplias funcionalidades para el almacenamiento, gestión y análisis de datos. Para cada entrevista se realiza un análisis estructural de contenido, donde se identifiquen las unidades de significados o temas (que están preestablecidos por la pauta de la entrevista). Las mismas se codifican para que posteriormente puedan ser agrupadas y vinculadas con otras descripciones con contenidos similares. La entrevista es un insumo que alimenta y enriquece los datos de las escalas. Asimismo, explicitar el análisis cuantitativo para describir la realidad de las mujeres de la muestra a pesar de no ser representativa, pero luego va a servir para hacer dialogar el análisis de contenido de las entrevistas con los resultados que dieron las escalas. La entrevista también permite examinar cómo los resultados de las escalas tienen o no correlación con lo que dicen en la entrevista. Además de observar emergentes como factores protectores y/o factores de riesgo que pueden ser tomados en cuenta para favorecer una mejor adaptación a la recurrencia del cáncer.

Para finalizar se generan análisis descriptivos de frecuencia, medianas y de asociación entre las diferentes escalas. Además, se suman los análisis de las categorías para hacer dialogar ambos resultados. El estudio permite formular conclusiones a partir de una discusión entre los resultados y los antecedentes de otros hallazgos de investigaciones. Se redactará un reporte como síntesis de la investigación donde se detallen los resultados a partir de la integración y complementariedad de los datos obtenidos.

7. Cronograma de ejecución

Actividades	EN E	FEB	MA R	AB R	MA Y	JUN	JUL	AG O	SEP T	OC T	NO V	DIC
Profundización de la lectura conceptual y el marco teórico	x	x	x	x							x	x
Elaborar pauta de entrevista, formularios sociodemográfico y datos médicos y consentimiento informado	x	x										
Presentación del proyecto ante el Comité de Ética de FPSIC		x										
Solicitud de autorizaciones y presentación del proyecto ante el Comité de Ética de Instituciones			x									
Contacto con Oncólogos para derivación de pacientes				x	x	x						
Identificación y captación de pacientes dispuestas a participar del estudio				x	x	x	x	x				
Aplicación de pruebas psicométricas, formulario sociodemográfico y de datos médicos, y realización de entrevistas.				x	x	x	x	x				
Procesamiento de pruebas psicométricas, formulario sociodemográfico y de datos médicos, y transcripción de entrevistas				x	x	x	x	x				
Análisis individuales de pruebas psicométricas, formulario sociodemográfico y de datos médicos, y transcripción de entrevistas									x	x	x	
Elaboración del informe final											x	
Difusión de los resultados												x

8. Consideraciones éticas

El presente proyecto está vinculado con la Investigación en Seres Humanos, el mismo se regirá estrictamente bajo las disposiciones del Decreto 379/008 promulgado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, respetando y garantizando la dignidad y los derechos humanos de todos los participantes.

Así mismo se orientará según el Código de Ética Profesional del Psicólogo cumpliendo con los principios de responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo absteniéndose de cualquier tipo de discriminación.

Todo el material que se produzca, información escrita, de audio, fílmica y en cualquier otro soporte, será tratada y resguardada según lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales y Acción de "Habeas Data" N° 18.331, promulgada en el 2008. Siguiendo los lineamientos de dicha ley todas las participantes tomarán parte de la investigación de manera voluntaria y consciente a través de la firma de un Consentimiento Informado, donde estarán claramente comunicados y detallados, los objetivos, contenidos, las herramientas técnicas y alcance de dicha investigación. Se respetará el anonimato de los participantes, así como cualquier información que pudiese dar cuenta la identidad de las mismas.

Teniendo en cuenta que llevarán adelante entrevistas individuales, la cual trabajará a partir del discurso subjetivo de las participantes hay que extremar cuidado ya que podrán narrar y/o revivenciar experiencias dolorosas causándole involuntariamente algún sufrimiento. Ante alguna situación de malestar o riesgo, efecto de la participación en dicha investigación se plantea la posibilidad de contar con un espacio de apoyo y atención psicológica de la Facultad de Psicología de la Udelar. Cada participante tendrá la libertad de abandonar la investigación en cualquier momento.

9. Resultados esperados y plan de difusión

Los resultados que se esperan obtener están relacionados con la producción de conocimientos y saberes, además que la información sea novedosa, de valor y pertinencia en el tema.

Así mismo que dé respuesta a las preguntas de investigación y contribuya a la descripción y análisis de los objetivos planteados con el fin de conocer la realidad y los emergentes que afectan a las pacientes ante la recurrencia de la enfermedad.

En la práctica profesional de la psicología que sirva de insumo para realizar intervenciones asertivas, competentes, empáticas y también para cualquier otro profesional que se dedique al cuidado de la salud. Que aporte conocimiento en general para quienes quieran introducirse y profundizar en la temática.

A nivel académico, se espera que esta producción pueda considerarse como un recurso a disposición para futuras investigaciones o estudios en cualquier área del conocimiento referido al tema. También se espera difundir la investigación a través de la elaboración de un artículo científico a publicar en una revista científica arbitrada.

10. Referencias bibliográficas

- Aires-González, M., Beato, C., y Virizuela, J. (2012). Problemas psicológicos y emocionales del superviviente. En Sociedad Española de Oncología Médica. *Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer*, 53-59.
<https://seom.org/publicaciones/publicaciones-seom/largos-supervivientes>
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Fundamentos. <https://books.google.com/books?id=eJ2x6-0wPn8C&printsec=frontcover&dq=alonso&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiWkb3SIJv9AhXiCdQKHZ26A9IQ6AF6BAgKEAI>
- American Cancer Society (2016). *¿Qué es la recurrencia del cáncer?*.
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/preocupaciones-de-salud-a-largo-plazo/recurrencia-del-cancer/que-es-la-recurrencia-del-cancer.html>
- Andersen, B., Shapiro, C., Farrar, W., Crespin, T., y Wells-Digregorio, S. (2005). Psychological responses to cancer recurrence. *Cancer*, 104(7), 1540–1547.
<https://doi.org/10.1002/cncr.21309>
- Angulo, M., Yustos, M., León, M., y Álvarez de Mon Soto, M., (2013). Cáncer de mama. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 11(27), 1629-1640.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213705171>
- Beléndez, M., Bermejo, R., y García, M., (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos *Psicothema*, 17(2), 318-324.
<https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3518>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., y Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905004915>
- Brothers, B., y Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-*

Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18(3), 267-275. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18702065/>

Bull, A., Meyerowitz, B., Hart, S., Mosconi, P., Apolone, G., y Liberati, A. (1999). Quality of life in women with recurrent breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 54(1), 47–57. <https://doi.org/10.1023/a:1006172024218>
https://www.academia.edu/8470095/Quality_of_life_in_women_with_recurrent_breast_cancer

Calzado, D., De la Torre Rosés, M., Nicó, M., Dorado, L., y Calzado, B. (2014). Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. *Revista Información Científica*, 83(1), 131-143.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145391>

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80
<https://core.ac.uk/download/pdf/38820153.pdf>

Cella, D. F., Mahon, S. M., y Donovan, M. I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral medicine*, 16(1), 15-22.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08964289.1990.9934587>

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2023, marzo). *Resúmenes estadísticos para los cánceres más frecuentes. Todos los sitios (excepto piel no melanoma) 2015-2019*.
<https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?264,1770>

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2023, marzo). *Resúmenes estadísticos para los cánceres más frecuentes. Mama 2015-2019*.
<https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?264,1772>

De Polo, J. (2021). *Riesgo de recurrencia de cáncer de mama en etapa temprana 10 años o más después del diagnóstico vinculado al estado de los receptores de estrógeno y otros factores*. <https://www.breastcancer.org/es/noticias-de-investigacion/riesgo-de-recurrencia-en-etapa-temprana-asociado-al-estado-de-receptores-de-estrogeno-y-otros-factores>

Fernández, E., Vázquez, L., y Rodríguez, C. (2017). Adecuación de la intervención psicológica en pacientes con cáncer: aportes de la investigación en

psicooncología. En Rojas, C y Gutierrez, Y. *Psicooncología: Enfoques, avances e investigación*, 61-84. Nueva Mirada.

https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u294/Libro%20Psicooncolog%C3%ADa%20%20-%20Completo%20FINAL%20%282017%29.pdf

Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M., y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2015.035/1841

Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., y Mestre, J. M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/52492/48298>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill

Kenne, E., Ohlén, J., Jonsson, T., y Gaston-Johansson, F. (2007). Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 24–39. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.017>

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos: Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Martínez Roca

Macías, M., Madariaga, C., Valle, A., Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007&lng=en&tlng=es

Martínez Basurto, A., Lozano Arrazola, A., Rodríguez Velázquez, A., Galindo Vázquez, O., y Alvarado Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta mexicana de oncología*, 13(1), 53-58.

<https://www.researchgate.net/profile/Ana-Rodriguez->

[Velazquez/publication/285579901_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/565f751708ae1ef929855447/Impacto-psicologico-del-cancer-de-mama-y-la-mastectomia.pdf](https://www.researchgate.net/publication/285579901_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/565f751708ae1ef929855447/Impacto-psicologico-del-cancer-de-mama-y-la-mastectomia.pdf)

Mayo Clinic. (2022). *Cáncer de mama recurrente*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/recurrent-breast-cancer/symptoms-causes/syc-20377135#:~:text=La%20recurrencia%20del%20c%C3%A1ncer%20mamario,Debajo%20del%20brazo>

Mendizábal, N. (2018). La osadía en la investigación: El uso de los métodos mixtos en las ciencias sociales. *Espacio abierto: cuaderno venezolano de sociología*, 27(2), 5-20. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6606254.pdf>

Moore, C. (2020). *Comprender el riesgo de la recurrencia tardía del cáncer de mama*. American Society of Clinical Oncology. <https://www.cancer.net/es/blog/2020-06/comprender-el-riesgo-de-la-recurrencia-tardia-del-cancer-de-mama>

Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós

Muñoz Poblete, C. (2013). Métodos mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), 218-223. <https://adnz.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/28632/30389>

National Cancer Institute (2022). *Cómo enfrentar el cáncer que reaparece* <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/c%C3%B3mo-enfrentar-el-c%C3%A1ncer-que-reaparece>

Noguera, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R., y Sierra, J., (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>

Pacheco Huergo, V., Viladrich, C., Pujol Ribera, E., Cabezas Pena, C., Núñez, M., Roura Olmeda, P., Núñez, E., y del Val, J., (2012). Percepción en enfermedades crónicas: Validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711003891>

- Organización Mundial de la Salud (2021). *Cáncer de mama*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=En%202020%2C%20en%20todo%20el,000%20fallecieron%20por%20esa%20e>
- Protesoni, A. (2019). *Cáncer: Trauma, estrés y crecimiento*. [Trabajo final]. Curso de Doctorado en Psicología, Prof. Dr. Cristian Ochoa: "La Psicología Positiva: técnicas, aplicaciones clínicas y actualidad". Universidad de la República.
- Quiceno, J., y Vinaccia, S., (2010). Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, (25), 56-83. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100004&lng=en&tlng=es.
- Reich, M., Costa-Ball, C. D. y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615-636.
<https://www.redalyc.org/journal/799/79947707014/html/>
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. y Oblitas, L. (2008) Psicología y cáncer. *Suma Psicológica* 15(1), 171-198
<https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/2563874>
- Rodríguez Fernández, M. (2007). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Rodríguez Fernández, Z., Jean-Louis, B., Casaus Prieto, A., Joubert Álvarez, G., y Falcón Vilariño, G. C. (2014). Intervalo libre de enfermedad en pacientes con cáncer de colon recurrente. *Medisan*, 18(11), 1499-1507.
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n11/san031811.pdf>
- Saforcada, E., y Kelly, J. (1999). *Psicología comunitaria: el enfoque ecológico-contextualista de James G. Kelly*. Proa XXI.
- Sanz, J., y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.

https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo1.pdf

- Spinetti, D., Betancourt, L., Martínez, P., Romero, G., Díaz, F., Sánchez, R., Bermúdez, C., González, C., y Hernández, J., (2009). Cáncer de mama: Recurrencias locales y regionales múltiples en el tiempo sin extensión sistémica. *Revista Venezolana de Oncología*, 21(4), 225-228. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000400006&lng=es&tlng=es
- Thornton, L. M., Levin, A. O., Dorfman, C. S., Godiwala, N., Heitzmann, C., y Andersen, B. L. (2014). Emotions and social relationships for breast and gynecologic patients: a qualitative study of coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 23(4), 382-389. <https://doi.org/10.1002/pon.3429>
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-257. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006&lng=en&tlng=es
- Uruguay, (2008, 15 de agosto) Ley N° 18335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Varela, B., Delgado, L., Viera, M., Galain, A., y Schwartzmann, L., (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y enfermería*, 13(2), 33-40. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200005>
- Vivar, C. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: Propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-psicosocial-del-cancer-mama-S0212656711004264>
- Xavier, M., Pereira, P., Da Silva Pupo, A., y Rocha, M. (2015). Particularidades do enfrentamento psicológico a partir do diagnóstico de recidiva do câncer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 35(89), 409-423. <https://www.redalyc.org/pdf/946/94643848010.pdf>

Yang, H. C., Brothers, B. M., y Andersen, B. L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Annals of behavioral medicine : A publication of the Society of Behavioral Medicine*, 35(2), 188–197. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9016-0>