

Estrés y emociones displacenteras en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama

Stress and unpleasant emotions in women survivors of breast cancer

Vanessa Esperanza Montiel Castillo¹ <https://orcid.org/0000-0003-2266-2219>

Vivian Margarita Guerra Morales¹ <https://orcid.org/0000-0001-6323-7484>

Danay Bartuste Cárdenas¹ <https://orcid.org/0000-0003-3402-3027>

¹Universidad Nacional de Educación. Cuenca, Ecuador.

²Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Facultad de Ciencias Sociales. Villa Clara, Cuba.

Autor para la correspondencia: vanesae@uclv.edu.cu

RESUMEN

Introducción: Un amplio número de sobrevivientes de cáncer de mama afrontan dificultades físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad y el tratamiento, que pueden resultar estresantes y generar emociones displacenteras.

Objetivo: Describir las principales fuentes y vivencias de estrés de sobrevivientes de cáncer, sus estados emocionales (ansiedad y depresión) y las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

Métodos: Bajo un paradigma cuantitativo, la investigación siguió un diseño no experimental con un estudio descriptivo, transversal. Participaron 30 sobrevivientes de cáncer de mama seleccionadas intencionalmente en el Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián”, municipio Santa Clara, durante el primer trimestre del 2016. Se emplearon las siguientes pruebas: Escala de modos de afrontamiento, entrevista psicológica, inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, y prueba de Zung y Conde.

Resultados: Las principales fuentes de estrés fueron: la enfermedad, la interrupción de proyectos familiares, el temor a la recurrencia y las situaciones cotidianas. La depresión estuvo presente en 60 % de la muestra, prevaleció un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, y la estrategia más empleada fue el autocontrol.

Conclusiones: Las fuentes de estrés que afrontaron las mujeres estudiadas influyeron en la aparición de vivencias emocionales displacenteras, predominaron los síntomas depresivos moderados, asociados al significado de pérdida atribuida a la enfermedad. Predominó el afrontamiento a la enfermedad centrado en la emoción. De mantenerse en el tiempo dichas situaciones, afectarán su bienestar y calidad de vida.

Palabras claves: Estrés; emociones; cáncer de mama; sobrevivientes.

ABSTRACT

Introduction: A wide range of breast cancer survivors face physical, psychological and social difficulties derived from the disease and treatments, which can be stressful and generate unpleasant emotions.

Objective: Describe the main sources and experiences of stress, evaluate emotional states (anxiety and depression) and identify strategies for coping with the disease.

Methods: Under a quantitative paradigm, the research followed a non-experimental design with a descriptive, transversal study. Thirty survivors of breast cancer selected intentionally participated in the "Chiqui Gómez Lubián" University Polyclinic, Santa Clara municipality, during the first trimester of 2016. The following tests were used: Coverage mode scale, psychological interview, Inventory of Situations and Responses of Anxiety, and Test of Zung and Count.

Results: The main sources of stress were: illness, interruption of family projects, fear of recurrence and everyday situations. Depression is present in 60 % of the sample, prevailing a style of coping focused on emotion, being the strategy most used self-control.

Conclusions: The sources of stress faced by the women studied influence the appearance of unpleasure emotional experiences, predominantly moderate depressive symptoms, associated with the meaning of loss attributed to the disease. Predominance coping with the illness centered on emotion. If they stay in time, these situations will affect their well-being and quality of life. It is recommended to extend this type of study to a greater number of individuals that allow establishing regularities for the population.

Keywords: Stress; emotions; breast cancer; survivors.

Recibido: 16/03/2018

Aprobado: 1/09/2018

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ocupa uno de los primeros lugares de los cuadros epidemiológicos a nivel mundial.⁽¹⁾ Los avances científicos en la medicina, la detección precoz, la efectividad de los tratamientos y el amplio acceso a los servicios de salud, han hecho posible que en Cuba, las tasas de sobrevida a cinco años después del diagnóstico se eleven al 75 %.⁽²⁾

Ello representa un gran reto para la Salud Pública, pues se requieren mayores acciones para la atención a la cronicidad y las necesidades de los enfermos,⁽³⁾ de ahí la importancia de incluir la sobrevida como una etapa prioritaria para el control de la enfermedad con un enfoque biopsicosocial.⁽³⁾

La investigación científica ha evidenciado la necesidad de cuidados, los efectos a largo plazo de la enfermedad y tratamientos, así como la comprensión de variables psicológicas como el estrés, emociones y calidad de vida.⁽⁴⁾ Se plantea que, si bien la enfermedad ha desaparecido, los niveles de salud y bienestar que experimentan estas personas, son similares a aquellas con otras enfermedades crónicas, debido a las repercusiones a largo plazo de la enfermedad y los tratamientos.⁽⁵⁾

Se considera que más del 40 % presentan síntomas clínicamente relevantes de malestar psicológico.^(6,7) Dentro de estos, se señala la depresión estimada entre 0 y 58 %, ^(8,9,10) la ansiedad entre 6 y 23 %⁽¹¹⁾ y estrés postraumático entre 0 y 32 %.⁽¹²⁾ Las mujeres deben lidiar con síntomas de fatiga, insomnio, neuropatía y dolor,⁽¹³⁾ alteraciones sexuales como la menopausia inducida por el tratamiento, función gonadal alterada y desfiguración quirúrgica significativa.⁽⁷⁾

En correspondencia con lo anterior, es posible señalar que la enfermedad continúa siendo un estresor que afecta el bienestar, configurándose como un factor de riesgo, para la salud física y psicológica.⁽¹⁴⁾ Por tanto, la valoración integral de los procesos de afrontamiento a la enfermedad y emociones cobran vital relevancia para la determinación de indicadores cognitivos, afectivos y conductuales en las sobrevivientes de cáncer de mama.^(15,16)

Siguiendo esta línea, numerosos estudios evidencian que ciertos modos específicos de manejar las emociones predisponen en mayor medida al inicio o progresión de la enfermedad.^(17,18,19,20)

Asimismo, investigaciones recientes han ahondado en el papel del afrontamiento activo y modulado del estrés en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en la recuperación rápida y eficaz, indicando que respuestas desadaptativas, contribuyen al deterioro de la calidad de vida y de la salud de las sobrevivientes,⁽²¹⁾ mientras que las activas favorecen una mejor adaptación a la enfermedad y salud mental.⁽²²⁾

El sistema sanitario cubano ha mostrado históricamente altos niveles de calidad y eficiencia en la atención a los pacientes oncológicos, no obstante, se reconocen carencias en la atención psicosocial a estas sobrevivientes, encontrándose un reducido número de investigaciones que aborden sus necesidades.^(23,24) En ese sentido, la articulación armónica de todos los niveles de atención de salud en el país es definitoria.⁽²⁵⁾

Debido al considerable número de pacientes que se diagnostican y el tiempo que permanecen en sus comunidades para su evolución, la atención primaria de salud emerge como una estrategia idónea para lograr salud para todos, lo que permitirá asumir las más diversas y trascendentales actividades en el campo de la atención sanitaria de este grupo poblacional.⁽²⁶⁾ Por tanto, comprender la epidemiología del estrés y las emociones, sus potencialidades de riesgo/beneficio y las complejidades del proceso emocional, hacen de este, un tema de gran significación para la salud pública y la práctica clínica-asistencial, revirtiéndose en acciones de intervención psicológica orientadas a promover el bienestar emocional y la calidad de vida. Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, el presente estudio se propone como objetivo describir las principales fuentes y vivencias de estrés de sobrevivientes de cáncer, sus estados emocionales (ansiedad y depresión) y las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

MÉTODOS

Bajo un paradigma cuantitativo, la investigación siguió un diseño no experimental, con un estudio descriptivo, comprendido en el primer trimestre del año 2016. Mediante un muestreo no probabilístico intencional, participaron en la investigación 30 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, pesquisadas por el Policlínico Universitario “Chiqui Gómez Lubián”, residentes en el municipio de Santa Clara, provincia Villa Clara.

Los criterios de inclusión fueron: haber sido diagnosticada con cáncer de mama no metastásico, tiempo de evolución de la enfermedad entre cinco y diez años, no estar actualmente en tratamiento, edades comprendidas entre los 45 y 75 años, no presentar limitaciones cognitivas y haber dado el consentimiento informado. Aquellas que no cumplieron con dichas criterios fueron excluidas.

Se procedió a realizar la evaluación psicológica, en la Sala de Rehabilitación del Policlínico donde existen condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y ventilación. La aplicación

de las técnicas se distribuyó en 3 sesiones de trabajo con cada paciente e incluyeron las pruebas siguientes:

1. Escala de modos de afrontamiento de Lazarus: Consiste en una lista de modos de afrontamiento en total 67 ítems con cuatro opciones de respuesta, 0 (En absoluto), 1 (En alguna medida), 2 (Bastante), 3 (En gran medida). Se evalúan ocho estrategias agrupadas en dos estilos, centrado en el problema y en la emoción definidas por los autores de la prueba: Confrontación, Distanciamiento, Auto-control, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la responsabilidad, Huida-avoidación, Planificación y Reevaluación positiva. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuáles son las predominantes y a su vez determina el modo de afrontamiento más frecuente; haciendo un análisis cualitativo de las repuestas, lo cual es válido como auxiliar en el diagnóstico.
2. Entrevista psicológica semi-estructurada: Protocolo elaborado para los fines del estudio, evalúa: principales vivencias, fuentes de estrés, características sociodemográficas (edad, nivel escolar, estado civil), características clínicas de la enfermedad (tratamiento recibido, tipo de cirugía, efectos secundarios). La evaluación se realiza de forma cualitativa.
3. Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad ISRA-B: Inventario con formato Situación- Respuesta,⁽²⁷⁾ con el objetivo de obtener mayor precisión sobre los sistemas de respuesta de ansiedad y el tipo de situaciones generadoras, desde una perspectiva interactiva y multidimensional. Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El individuo debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad para lo cual se le dan 5 opciones (de 0 a 4, donde 0 representa Casi Nunca y 4 Casi siempre). Por medio del ISRA se obtienen puntuaciones en 8 escalas.
4. Prueba Zung y Conde: Con el objetivo de determinar el nivel de depresión. Se le ofrecen al sujeto un conjunto de 20 frases que expresan diversas vivencias depresivas y se pide que marque la frecuencia con que experimenta cada una de ellas de acuerdo a 4 escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre.

Las tres primeras corresponden a los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motora. La cuarta medida es el Rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente, las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la

evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a los ítems positivos y negativos según la pauta de calificación y los resultados se llevan a la siguiente escala:

- De 20-30 puntos: Síntomas situacionales depresivos.
- De 34-56 puntos: Distimia depresiva (moderada).
- De 57-80 puntos: Severa distimia depresiva.

Los resultados se analizaron según los criterios propios de calificación e interpretación de cada una de las técnicas empleadas. El procesamiento estadístico se llevó a cabo mediante el SPSS (v.21.0). La información obtenida se analizó mediante estadística descriptiva (análisis de frecuencia absoluta y relativa), todo ello se complementa con análisis cualitativo de los datos.

Esta investigación se hizo previo consentimiento informado de los pacientes y con la aprobación del Comité de Ética municipal.

RESULTADOS

El análisis de las variables sociodemográficas arrojó que la media de edad de las participantes fue 61,4 años (DS=9, 683), predominaron las casadas y el nivel de estudio es elevado, prevaleciendo niveles medios y superiores (tabla 1).

En relación a las variables médicas la media de tiempo de sobrevida fue de 7,3 años (DS=1,803), predominaron las sometidas a cirugía radical y a tratamiento de quimioterapia (Tabla 2).

Al indagar sobre las principales fuentes de estrés, se constató que la enfermedad (80%), las situaciones cotidianas (65 %) y el temor a la recurrencia (52 %) fueron las más frecuentes. En relación a la enfermedad, su connotación estresante se expresa en la interrupción de proyectos familiares, las limitaciones físicas (pérdida de la visión, sobrepeso, linfedema, dolor, dificultades en la memoria a corto plazo) y la aparición de comorbilidades (diabetes e hipertensión), además, el daño a la imagen corporal, aunque se expresó en menor medida.

Tabla 1- Distribución de las pacientes según estado civil y nivel escolar

Variables sociodemográficas		Fr.	%
Estado civil	Casadas	20	67
	Divorciadas	3	10
	Solteras	4	13
	Viudas	3	10
Total		30	100
Nivel escolar	Primaria	5	17
	Secundaria	11	37
	Preuniversitario	5	17
	Técnico medio	4	12
	Universitario	5	17
Total		30	100

Tabla 2- Distribución de las pacientes según tipo de tratamiento

Variables médicas		Fr.	%
Tipo de Cirugía	Conservadora	18	40
	Radical	12	60
Total		30	100
Tratamiento recibido	Quimioterapia	30	100
	Radioterapia	23	77
	Tamoxifen	30	100

Su repercusión en las situaciones cotidianas se identificó como otra fuente de estrés que afectaba a la mayoría de las mujeres, en especial las actividades del hogar que se asocian a “bienestar”, “realización” y “refugio, al no poder realizarlas como desean y ofrecer apoyo a su familia, les genera vivencias de malestar, según ellas, “sentimientos de inutilidad y tristeza”.

Las necesidades económicas incidieron y aumentaron la vulnerabilidad individual, siendo también un estresor importante. Un resultado interesante es que un número significativo asumía el rol de cuidador (45 %), tanto de personas mayores dependientes como niños.

De ahí que al indagar sobre el significado personal de la enfermedad, para la mayoría de las pacientes (82 %) constituía un evento altamente estresante, evaluado con mayor frecuencia como daño o amenaza específicamente para su bienestar y proyectos personales. En segundo lugar, como un reto o desafío (18 %), constatándose que el reordenamiento de prioridades, la

motivación para superar la amenaza que representa la enfermedad, la esperanza y el apego a la vida, se expresaron en la búsqueda de beneficios como variable salutogénica.

Además, predominaron en la muestra vivencias emocionales displacenteras. La prueba Zung y Conde arrojó que el indicador característico del funcionamiento emocional era la depresión, predominando síntomas depresivos moderados, seguido por los situacionales depresivos y severos (tabla 3).

Tabla 3- Distribución de las pacientes según síntomas depresivos

Depresión	Fr	%
Síntomas situacionales depresivos	11	37
Distimia depresiva	18	60
Severa distimia depresiva	1	3
Total	30	100

Asimismo, al aplicarse el ISRA-B, arrojó que la ansiedad como rasgo es mínima (76,7 %) y moderada (23,3 %), mientras que en la escala de ansiedad general fue 63,3 % en niveles bajos, y medio para 36,7 %.

Por último, en relación a las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, predominó el afrontamiento centrado en la emoción (83,3 %) seguido del centrado en el problema (16,67 %). Mientras que las estrategias más empleadas fueron el autocontrol, la reevaluación positiva y el distanciamiento (tabla 4).

Tabla 4- Distribución de las pacientes según estilo y estrategia de afrontamiento predominante

Estilo de Afrontamiento	Estrategia de afrontamiento predominante	%
Centrado en la Emoción 83,33	Autocontrol	68
	Reevaluación positiva	20
	Distanciamiento	12
Total		100
Centrado en el Problema 16,67	Planificación	100
	Total	100

DISCUSIÓN

El incremento de las cifras de sobrevivientes de cáncer de mama requiere un abordaje integral que permita la comprensión y tratamiento de sus necesidades por el sistema sanitario. La amplia investigación sobre estrés, emociones y afrontamiento ha evidenciado su papel determinante para la adaptación psicológica y la salud humana, por lo que dificultades en estos procesos, elevan la vulnerabilidad ante la enfermedad.^(28,29)

Los resultados obtenidos apuntan a que la enfermedad continúa siendo un evento altamente estresante.⁽³⁰⁾ Especial atención merecen las fuentes de estrés identificadas coincidente con diversos estudios que apuntan su alta frecuencia en este tipo de sobrevivientes.^(29,30) En ese sentido, los problemas físicos afectan considerablemente la calidad de vida.⁽³¹⁾ Asimismo, el temor a la recurrencia aparece como un estresor crónico ya que, se enfrentan a una enfermedad cuyo curso no pueden predecir con altos niveles de incertidumbre.⁽³²⁾

Por su parte, la repercusión en las situaciones cotidianas son eventos que tienen un impacto negativo para el bienestar y representan una sobrecarga que pone en riesgo su salud, tal y como señala *Núñez*.⁽³³⁾ De ahí que se expresen como una contradicción generadora de malestar que no le permite resignificar su situación y desarrollar recursos para afrontar su realidad.

A partir de lo anterior, se explica el predominio del significado de la enfermedad como daño o amenaza, resultado de la valoración de su impacto negativo para la realización de las principales metas, necesidades y proyectos familiares. Esto denota, que existen dificultades para asimilar y ajustarse a las limitaciones de su enfermedad y no reconocen su potencial para continuar con su vida y responder a las múltiples demandas de su contexto. Todo ello determina la configuración de los núcleos temáticos relacionados con cada emoción.^(34,35)

En ese orden, la depresión es el indicador característico del funcionamiento emocional lo que es coincidente con otros estudios,^(16,18,36) y sigue siendo una alteración persistente años después del tratamiento. Dichos síntomas se asocian a una vivencia de pérdida asociada a la enfermedad limitando la búsqueda de beneficios durante la experiencia de sobrevivida aspecto este de gran valor para la prevención de la enfermedad.

La ansiedad no sigue el mismo curso y se comporta en niveles mínimos, avalado por otros resultados.^(9,37) Tomando en consideración que la amenaza es otro de los significados atribuidos a la enfermedad, pudiera explicarse por la presencia de un estilo represivo de afrontamiento como señalan otros estudios⁽³⁸⁾ o porque se ha instaurado como una vivencia cotidiana, en ambos aspectos sería oportuno profundizar en futuros estudios.

El predominio del empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción merecen una atención aparte, pues se coincide con varios autores^(39,40) en que las de control emocional tienen gran importancia para mantener el bienestar físico y psicológico, no así el distanciamiento. Sin embargo, la alta frecuencia de los síntomas depresivos apuntan a su ineffectividad para regular el malestar emocional por lo que se convierten en un factor de riesgo para el afrontamiento activo a la enfermedad⁽⁴¹⁾ pues están centradas en la supresión de la experiencia emocional y no en su expresión.⁽⁴²⁾

En este sentido, en función de alcanzar una mayor profundidad en la comprensión del fenómeno, sería oportuno estudiar variables asociadas a los estresores y el propio individuo (variables sociodemográficas, características personológicas).

Si bien no constituye una regularidad, la presencia de la planificación y la reevaluación positiva consideradas estrategias activas de afrontamiento y la evaluación de la enfermedad como reto o desafío, denotan el potencial salutogénico de estas mujeres pues se coincide con varios estudios^(27,43) en su valor para el crecimiento postraumático y mayor bienestar. De ahí que si promovemos estas variables protectoras se logrará elevar su bienestar psicológico y salud tal y como señalan otros estudios.^(44,45)

En conclusión, las fuentes de estrés identificadas permiten afirmar que la enfermedad constituye un estresor de larga duración, asemejándose a lo descrito en la literatura. Ello influye en la configuración del significado que le atribuyen a la enfermedad y en las vivencias emocionales displacenteras que experimentan. La duración, frecuencia e intensidad en el tiempo de estas permite afirmar que las estrategias centradas en la emoción no permiten cambiar su forma de pensar, sentir y actuar con respecto a su situación actual de salud. De cronificarse, afectarán los niveles de sobriedad alcanzados, provocando posibles recurrencias y un daño a su bienestar y calidad de vida.

Recomendaciones

Como principal limitación del estudio, se debe identificar el tipo de muestreo empleado, por lo que se recomienda ampliarlo a una muestra más numerosa que permita establecer regularidades para la población. Se sugiere realizar estudios que profundicen en el análisis de un posible estilo represivo de afrontamiento en estas mujeres y se incorporen variables personológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(4):271-89.
2. Hubbeling HG, Rosenberg SM, González-Robledo MC, Cohn JG, Villarreal-Garza C, Partridge AH, et al. Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PLoS ONE*. 2018;13(5):e0197931. doi: 10.1371/journal.pone.0197931.
3. Pabbathi S, Abid A, Mehta K, Tyson D, Hall C, McMillan S. Evaluation of the psychosocial needs of cancer survivors. *Clinical Oncology*. 2017;35(5 Suppl):207.
4. Maly RC, Liu Y, Liang LJ, Ganz PA. Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*. 2015;121(6):916-26.
5. Thompson J, Coleman R, Colwell B, Freeman J, Greenfield D, Holmes K, et al. Levels of distress in breast cancer survivors approaching discharge from routine hospital follow-up. *Psychooncology*. 2013;22(8):1866-71.
6. Stanton A, Rowland JH, Ganz PA. Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. *Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood*. *Am Psychol*. 2015;70(2):159-74
7. Fallowfield L, Valerie J. Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer: Are We Doing Better? *J Natl Cancer Inst*. 2015;1(1):10.
8. Molina R, Feliú J. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*. 2011;8:45-51.
9. García-Torres F, Alós FJ. Anxiety in common situations of everyday life in breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2014;23(8):953-5.
10. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol*. 2016;2:1188-96.
11. Dorfman CS, Lamb E, Van Denburg A, Wren AA, Soo MS, Faircloth K, et al. The relationship between holding back from communicating about breast concerns and anxiety in the year following breast biopsy. *J Psychosoc Oncol*. 2018;36(2):222-37.
12. Haydon M, Boyle C, Bower J. Mindfulness Interventions in Breast Cancer Survivors: Current Findings and Future Directions. *Curr Breast Cancer Rep*. 2018;10(1):7-13.

13. Grégoire Ch, Bragard I, Jerusalem G, Etienne AM, Coucke P, Dupuis G, et al. Group interventions to reduce emotional distress and fatigue in breast cancer patients: a 9-month follow-up pragmatic trial. *BJC*. 2017;117:1442-9.
14. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Does-den Heijer A, Kleijn WC, Nortier JW, Kaptei AA. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *Br J Health Psychol*. 2013;18:526-45.
15. Cano-Vindel A, Sirgo A, Díaz-Ovejero MB, Pérez-Manga G. Ansiedad, racionalidad, armonía, optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Psicología.com*. 1997;11(1). Acceso: 23/05/2015. Disponible en: www.psiquiatria.com/psicologia/vol11num1/art5.html
16. Grant F, Guille C, Sen S. Well-Being and the Risk of Depression under Stress. *PLoS ONE*. 2013;8(7):e67395.
17. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clin Psychol*. 2014;2(4):387-401.
18. Zuraida N, Ruzyanei N, Baharudin A, Ahmad Z, Guan C. Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: a Systematic Review of Observational Studies. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:3397-404.
19. Mitchell A, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013. Acceso: 03/11/2017. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4).
20. Janz NK, Friese CR, Li Y, Graff JJ, Hamilton AS, Hawley ST. Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *J Cancer Surviv*. 2014;8(1):131-42.
21. Bober SL, Sanchez V. Psycho-education for breast cancer patients and survivors- a powerful tool for healthcare providers. *US Oncological Review*. 2009;5(1):54-7.
22. Nápoles AM, Ortíz C, O'Brien H, Sereno A, Kaplan CP. Coping resources and self-rated health among latina breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(5):523-31.
23. Grau JA, Infante OE, Díaz JA. Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*. 2012;10(2):83-101.

24. LLantá M, Grau J, Massip C. La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. En: Hernández E, Grau J, editores. *Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2005. p. 467-507.
25. Romero T. Changing the paradigm of cancer control in Cuba. *MEDICC Rev.* 2009;11(3):5-7.
26. Abreu G, Romero T, Monzón AN, Bermejo W. La APS en el control del cáncer: papel del policlínico. En: Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud. *Experiencias Cubanas*. La Habana: Grupo Editorial Científico del Programa Integral para Control del Cáncer; 2010. Acceso: 11/10/2011. Disponible en: <http://www.paho.org/.../index.php?...control-cancer...experiencias-cubanas>
27. Campos-Ríos MM. Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología*. 2013;6(1):6-13.
28. DeSteno D, Gross JJ, Kubzansky L. Affective Science and Health: The Importance of Emotion and Emotion Regulation. *Health Psychol.* 2013;32(5):474-86.
29. Bueno CM, Novaes ME. Estresse Psicológico e Enfrentamento em Mulheres Com e Sem Câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(3):475-83.
30. Lindberg P, Koller M, Steinger B, Lorenz W, Wyatt J, Inwald E, et al. Breast cancer survivors' recollection of their illness and therapy seven years after enrolment into a randomised controlled clinical trial. *BMC Cancer*. 2015;15:554-67.
31. Oberguggenberger A, Meraner V, Sztankay M, Hilbert A, Hubalek M, Holzner B, et al. Health Behavior and Quality of Life Outcome in Breast Cancer Survivors: Prevalence Rates and Predictors. *Clin Breast Cancer*. 2018;S1526-8209(17):30454-8.
32. Simard S, Savard J, Ivers H. Fear of recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *J Cancer Surviv.* 2010;4:361-71.
33. Núñez M. Hablando desde la Experiencia: Las Mujeres Cubanas de Hoy y el Cáncer de Mama. *MEDICC Rev.* 2012;14(2):1-4.
34. Smith CA, Lazarus RS. Emotion and Adaptation. En: Pervin LA, editor. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford; 1990. p. 609-37.
35. Lazarus RS. Toward Better Research on Stress and Coping. *Am Psychol.* 2000;55(6):665-73.
36. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2012;30(4):446-60.

37. García-Torres F, Alós FJ. Identification of different depressive symptoms after mastectomy. *Psychooncology*. 2013;22(12):2857-9.
38. Cano-Vindel A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*. 2005;2(1):71-80.
39. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*. 2001;7(2-3):111-21.
40. Sirgo A, Díaz-Ovejero M, Cano-Vindel A, Pérez-Manga G. Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*. 2001;7(2-3):259-71.
41. Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2006;24(32):5132-7.
42. Porro ML, Andrés ML, Rodríguez-Espinola S. Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2012;30(2):341-55.
43. Pat-Horenczyk R, Perry S, Hamama-Raz Y, Ziv Y, Schramm-Yavin S, Stemmer SM. Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: Constructive and Illusory Aspects. *J Trauma Stress*. 2015;28(3):214-22.
44. Braniecka A, Trzebin´ska E, Dowgiert A, Wytykowska A. Mixed Emotions and Coping: The Benefits of Secondary Emotions. *PLoS ONE*. 2014;9(8):e103940.
45. Kvillemo P, Bränström R. Coping with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(11):e112733.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Vanessa Esperanza Montiel-Castillo: Realizó el diseño del estudio, participó en la redacción del texto y el análisis de los resultados.

Vivian Guerra Morales: Supervisó el estudio, participó en la redacción del texto y su revisión.

Danay Bartuste Marrero: Participó en la recolección de los datos y su análisis.

Todos los autores revisaron y estuvieron de acuerdo con la versión final del documento.