



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
CÁNCER DE MAMA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:

MARIA CRISTINA SIERRA AVILES

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA.  
REVISOR: MTRO: FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA.  
DRA: LIVIA SÁNCHEZ CARRASCO.  
DRA: ANGÉLICA RIVEROS ROSAS.  
MTRA: NELLY FLORES PINEDA.

MÉXICO, D.F.

ABRIL DEL 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa".

"Vive como si fueras a morir mañana. Aprende como si fueras a vivir siempre".

*MAHATMA GANDHI*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la vida por la oportunidad de demostrar quien soy y todo lo que puedo dar.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Psicología, por ofrecerme las mejores oportunidades de formación profesional, así como el alto nivel académico y el privilegio de poder estudiar en C.U.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, en primer lugar por su enseñanza tan valiosa, por el apoyo incondicional durante todo este tiempo y sobre todo por su inigualable y extraordinaria calidad humana que demuestra a todos sus alumnos.

A la Dra. Angélica Riveros, al Mtro. Fernando Vázquez, a la Mtra. Nelly Flores y a la Dra. Livia Sánchez por su valioso tiempo y apoyo al orientarme durante este proceso, ya que fue un gran aprendizaje para mi formación profesional.

A Las Sábanas:

Caro, Nayeli, Viri, Rocio, Fabiola y también Erika y Abigail, por su amistad de años y su apoyo incondicional en los momentos alegres y tristes en mi vida.

A Claudia, mi amiga de añooooos y que siempre se encuentra presente en mi vida para apoyarme, regañarme y burlarse de mis locuras.

A Gabriel, por su amistad incondicional e inquebrantable, por su apoyo y aliento cuando creí que no podía más, por el gran amor y cariño que sé, siempre nos tendremos.

Al Grupo de Cancér:

Aime, Cinthya, Haydeé, César, Gabriel; por su graaaaaaan apoyo y con los cuales compartí experiencias muy enriquecedoras y divertidas, con las pacientes y en el hospital, además de las anécdotas sobre este trabajo que nunca olvidaremos.

A Anel, mi gran amiga, por su apoyo y por invitarme a vivir ALIVE, por que desde ese momento cambio mi vida y fue el principio de un nuevo camino que nunca imagine.

A Angélica, amiga, por tu apoyo incondicional, y gracias por dejarme entrar un poco más en tu vida, aprendimos juntas que las verdaderas amigas están a tu lado y ni siquiera las podemos ver.

A Violeta, por su gran ayuda, asesoría y apoyo durante la tesis, por su amistad, y por la excelente persona que es.

A Rosa por su apoyo y asesoría, y por sus buenas ideas, esperó trabajar juntas un buen rato.

A Rubén, por que en el fondo y por las circunstancias tan extrañas de la vida descubrí mis debilidades y como consecuencia mis grandes fortalezas y virtudes, que ni yo conocía. Conocí a mis peores demonios, pero también a mis ángeles.

A todas las personas en mi vida, con quienes he tenido el privilegio de compartir, cada una con su esencia especial.

A Alive 32, por que con ellos viví una etapa aprendizaje, dolor y felicidad que no cambiaría nunca. En especial a Manuel,

porque me llevó al extremo de mis emociones y ahí comenzó una nueva etapa.....

Finalmente agradezco a todas las valientes mujeres con cáncer de mama que nos dieron la oportunidad de apoyarlas en un proceso tan difícil en sus vidas y dejarnos entrar en su intimidad.

## DEDICATORIAS

A mis padres Hubert y Leobarda, por su amor y apoyo incondicional, por su gran ejemplo de lucha, por haberme inculcado unos grandes valores. Y por que a pesar de todo ..., en el fondo sé que nunca dejaron de creer en mí.

A ti Eugenio (hemanito Pt)†, por tus gran amor y cariño, y todo lo que me enseñaste con el ejemplo, aunque por desgracia por un corto tiempo, fue un privilegio tenerte como hermano, este es el primer triunfo de muchos y es de los dos, “ho nostalgia di te”.

A mis hermanos Hubert, Francisco y Salvador, por su apoyo y cariño incondicional, por escucharme y por sus consejos. Por los próximos éxitos tanto suyos como míos.

## LOS QUIERO

## CONTENIDO

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN.....	1
Cáncer .....	1
Etiología y Factores de Riesgo.....	3
Clasificación o Estadios del Cáncer.....	6
Epidemiología .....	7
Tratamiento Médico .....	13
Efectos Secundarios de los Tratamientos Médicos .....	14
Aspectos Psicológicos del Cáncer .....	14
Ansiedad .....	16
Terapia Cognitivo Conductual .....	19
MÉTODO.....	25
Participantes .....	25
Instrumentos .....	26
Entrenamiento a Terapeutas .....	27
Procedimiento .....	28
Intervención .....	29
RESULTADOS .....	34
DISCUSIÓN .....	39

REFERENCIAS .....42

ANEXOS .....47

## RESUMEN

El cáncer de mama es una enfermedad crónica que en los últimos cincuenta años ha pasado a constituirse en un problema de salud pública, a partir del 2006 ocupa el primer lugar de causa de defunción en mujeres con cáncer. El impacto emocional que genera el diagnóstico y el carácter invasivo de varios tratamientos médicos afecta seriamente el bienestar psicológico y la calidad de vida de quien padece esta enfermedad. En efecto, las mujeres que se someten a los diferentes tratamientos médico-oncológicos enfrentan constantes situaciones estresantes que les genera ansiedad, además que los efectos secundarios que producen estos tratamientos representan una situación de incomodidad extrema que se percibe como amenaza adicional y que deteriora su bienestar emocional y físico. El propósito del presente estudio consistió en determinar los efectos de la intervención cognitivo conductual sobre la ansiedad que presentan pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama. Se instrumentó una intervención cognitivo conductual a 62 mujeres que recibían atención médica en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México. Los componentes terapéuticos incluyeron: psico-educación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en autorregulación (relajación; respiración diafragmática, muscular progresiva, imaginación guiada) y resolución de problemas. Para evaluar la efectividad del tratamiento psicológico sobre la ansiedad se empleó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en cuatro mediciones: pretest, postest y seguimiento a 1 y 3 meses. Se analizaron las puntuaciones obtenidas utilizando el Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor con medidas repetidas para comparar las diferencias entre las cuatro mediciones. Los resultados revelaron diferencias estadística y clínicamente significativas entre el pretest y postest, las cuales, se mantuvieron en los seguimientos posteriores. Los hallazgos indican que la intervención cognitivo conductual resultó efectiva para disminuir los niveles de ansiedad.

**Palabras clave:** reacciones-emocionales, cognición, psicología de la salud, crónicos.

## ABSTRACT

Breast cancer is a chronic disease which has become a serious public health problem in the last fifty years. Also, since 2006 it represents the first cause of death occurring by cancer in women. The emotional impact caused by the diagnostic and the invasive character of some medical procedures in its treatment severely deteriorates the psychological wellbeing and the quality of life of women living with breast cancer. Indeed, women are submitted to diverse stressful treatment procedures which frequently produce anxiety as well as series of side effects that usually lead to extreme discomfort and pain. These experiences are further perceived as additional threats to their physical and emotional wellbeing. The purpose of the present study was to examine the effects of a cognitive-behavioral intervention on anxiety by women with confirmed breast cancer diagnostic. Sixty two patients who were treated at Mexico City's National Cancer Institute (INCan) participated. Measurement included the Beck Anxiety Inventory applied at pretest, posttest, and at one and three-month follow-up periods. The main intervention components included psycho-education, cognitive restructuring, problem solving, and training in emotional self-regulation through diaphragmatic breathing, deep progressive muscle relaxation and imagery. In order to compare changes along the four measurements, data were analyzed through a one-factor ANOVA for repeated measures. Results revealed statistically and clinically significant improvements from pretest to posttest and changes were maintained during follow up measures. These findings point in the direction that the cognitive-behavioral intervention was effective in decreasing anxiety.

**Key words:** emotional reaction, cognition, health psychology, chronic



## INTRODUCCIÓN

En México el cáncer de mama es una enfermedad crónica degenerativa, que a partir del diagnóstico representa un impacto psicológico negativo, además que los tratamientos médicos para combatir la enfermedad, por sus efectos secundarios, deterioran la calidad de vida de las pacientes y sus familiares.

En la actualidad el cáncer de mama es la primera causa de muerte en las mujeres por tumores malignos, y en vista de las predicciones sobre el aumento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, es de gran importancia dirigir nuestros esfuerzos en desarrollar un tratamiento psicológico con bases empíricas y evaluables, y enfocarse sobre las expectativas de éxito realistas, por medio de la psico-educación, para así incrementar la adhesión y responsabilidad del paciente en el tratamiento médico y como consecuencia tener un mejor pronóstico de la enfermedad.. Además de instrumentarlas de manera fija como parte de los servicios en las Instituciones de Salud Pública.

### **Cáncer**

La palabra cáncer deriva del latín *cancrem* (cangrejo); que a su vez procede del griego *carcinós* (cangrejo del mar). Fue Hipócrates quien al observar en la cara y mama de algunos enfermos una similitud de crecimiento como el de las patas de un cangrejo quien creó la acepción médica (López-Lara, 1999).

Nuestro organismo está constituido por un conjunto de células que se dividen periódica y regularmente para reemplazar a las ya envejecidas o dañadas. Sin embargo cuando las células se dividen y multiplican con excesiva rapidez y descontrol, forman una acumulación de células en un bulto llamado tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos; la diferencia entre ambos es que en los primeros (benignos o no cancerosos) están formados por células de aspecto normal, y carecen de la capacidad de invadir los tejidos circundantes y difundirse en otras partes del cuerpo.

Por su parte, los tumores malignos (o cancerosos) están conformados por células de aspecto anormal, capaces de invadir el tejido circundante y difundirse en otras partes del cuerpo, acarreadas por la sangre o los vasos linfáticos. Cuando un tumor maligno se origina en el seno, se le llama cáncer de mama y conserva ese nombre aún cuando se difunda a otras partes del cuerpo; por ejemplo, cuando el cáncer se difunde a los pulmones se le denomina “cáncer de mama con metástasis en pulmón” (Austrich & González, 2007).

### **Etiología y Factores de Riesgo**

Hasta el momento se desconoce la causa que produce el cáncer de mama, sin embargo, todas las mujeres corren el riesgo de padecerlo y

se sabe que ciertos factores de riesgo incrementan la posibilidad de desarrollarlo. Estos factores se describen a continuación:

*Cáncer de mama previo.* Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama presentan un riesgo aproximado de entre 0.5 y 0.7% acumulable por año después del primer diagnóstico. Esto quiere decir que entre el 10 y 15% de las mujeres que se le han diagnosticado cáncer de mama, desarrollarán nuevos tumores en el tejido mamario dentro de los siguientes 20 años.

*Antecedentes familiares.* Las mujeres cuya madre, hermana o hija han sufrido cáncer de mama presentan un riesgo de desarrollar el padecimiento de 2 a 4 veces superior al promedio. Este peligro aumenta si el cáncer de mama afectó a una paciente en edad temprana (antes de la menopausia), si se produjo en ambas mamas o si se presentó en varias generaciones de la familia.

*Antecedentes reproductivos.* Se considera que las mujeres que nunca se embarazaron, que nunca dieron a luz o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años de edad presentan de 2 a 4 veces más riesgo de desarrollar cáncer de mama que el promedio. Por otro lado aquellas que comenzaron a menstruar antes de los 12 años y quienes presentaron una menopausia tardía, tienen aproximadamente 1.5 veces mayor riesgo que el resto.

*Enfermedades benignas de mama.* En general, se considera que las enfermedades mamarias benignas (como quistes y tumores no

cancerosos, llamados *fibroadenomas*) no aumentan el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque esto sí ocurre en algunos casos. Particularmente las mujeres con hiperplasia moderada o grave -afección caracterizada por un aumento anormal del número de células presentes en el seno-, tienen de 1.5 a 4 veces más riesgo del normal. Si las células adicionales tienen aspecto anormal, el riesgo varía de 3 a 5 veces por arriba del promedio, y llega a ser de hasta 11 veces si la mujer tiene antecedentes familiares de cáncer de mama en parientes cercanos (Austrich & González, 2007).

*Sustancias químicas.* Se ha documentado que algunos productos químicos industriales puede tener un efecto nocivo sobre la salud que se acaban descubriendo con el paso del tiempo. Como el asbesto, el *amianto* (usado como aislante térmico y eléctrico), y el *cloruro de vinilo* (utilizado en la industria de los plásticos) entre otros. Se ha constatado que la contaminación de las grandes ciudades por los compuestos de azufre que se desprenden de los medios de transporte y de las chimeneas incrementa alrededor de un 15% el riesgo de muerte prematura por cáncer de pulmón, además de otras enfermedades respiratorias y cardiovasculares (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

*Dieta.* Una alimentación rica en grasas y proteínas y escasa en fibra, características de los países desarrollados, condicionan la aparición de uno de los cánceres más comunes, el de colon, además de todos los tipos de cáncer.

*Alcohol.* La asociación entre el alcohol y el cáncer observada desde los inicios del siglo XX se ha establecido en la actualidad a través de investigaciones extensas en diferentes partes del mundo, de manera que existen ahora hallazgos de investigación suficientes que identifican a las bebidas alcohólicas como carcinogénicas en seres humanos.

*Tabaco.* Investigaciones publicadas desde la década de los cincuenta confirmaron que el consumo de tabaco es una causa de muerte y enfermedad, además de que la exposición ambiental al tabaco (por ejemplo, en el caso del fumador pasivo) también es causa de enfermedades respiratorias incluyendo cáncer de pulmón.

*Virosis.* Determinados virus y parásitos están involucrados en la oncogénesis (inicio de tumores) provocando la formación de antígenos específicos al tumor en la membrana y el citoplasma de las células infectadas. Por ejemplo, al Virus del Papiloma Humano (VPH) se le ha relacionado con el cáncer de cervix (Die, 2003).

*Sobrepeso y Obesidad.* La obesidad como consecuencia de la falta de actividad física y el sedentarismo contribuyen al desarrollo de diversas enfermedades crónico degenerativas incluyendo el cáncer.

*Exposición de hormonas.* El cáncer de mama se relaciona con estados hormonales, y la investigación disponible indica que el periodo prolongado de exposición a estrógenos es un factor crítico a la carcinogénesis de mama, por ejemplo, el uso de algunos anticonceptivos (Brandan & Villaseñor, 2006).

## **Clasificación o Estadios del Cáncer**

El sistema TNM (International TNM Classification Staging System) se concibió por primera vez como un sistema simple que permitía clasificar a los pacientes oncológicos en distintos grupos, cada uno con una tasa de supervivencia y pronóstico diferentes, además permite estratificar mejor a los pacientes para guiar el tratamiento que otros sistemas basados sobre todo en criterios clínicos únicamente (Bland & Copeland III, 2007). En este sistema la T se refiere al tamaño del tumor; la N, a la presencia de cáncer en ganglios axilares (nódulos), y la M se refiere a la presencia o la ausencia de metástasis distantes (diseminación); y proporciona una estimación aproximada de la etapa de la enfermedad (Engel, 2004). El sistema, específicamente en el caso del cáncer de mama puede resumirse como sigue:

T0= sin tumor primario.

Tis= cáncer in situ.

T1= tumores de hasta 2 cm. de diámetro.

T2= tumores que miden entre 2 y 5 cm. de diámetro.

T3= tumores de más de 5 cm. de diámetro.

T4= tumores de cualquier tamaño que se extienda a la pared torácica o a la piel; incluye el cáncer de mama inflamatorio.

La clasificación de los ganglios axilares es:

N0= sin signos de cáncer en los ganglios

N1= ganglios axilares positivos (cancerosos), pero móviles (no fijos).

N2= ganglios axilares positivos “fijos” entre sí o bien a otras estructuras.

N3= ganglios axilares positivos con diseminación a ganglios linfáticos mamarios internos.

La clasificación de las metástasis incluye:

M0= sin metástasis distantes

M1= con metástasis distantes (incluyendo la diseminación a los ganglios linfáticos supraclaviculare).

## **Epidemiología**

La incidencia del cáncer de mama se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada diez años hasta la menopausia, etapa en la que el ritmo de crecimiento disminuye (Brandan y Villaseñor, 2006).

El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuente a partir de los treinta años de edad. La incidencia es más frecuente entre los 40 y 49 años de edad (Zeicher & Candelaria, 2006).

El riesgo más importante para sufrir cáncer de mama es ser mujer, la relación de éste cáncer entre mujeres y hombres es de 100 a 1 (Brandan y Villaseñor, 2006).

El riesgo de desarrollar cáncer de mama es de aproximadamente una por cada nueve mujeres (Austrich & González, 2007).

La morbilidad hospitalaria por tumores o neoplasias malignas se refiere a los egresos hospitalarios suscitados por cáncer, es decir, el número de casos atendidos en instituciones de salud durante un periodo determinado.

En 2006, en México, 81 704 mujeres y 63 440 hombres tuvieron egreso hospitalario por tumores malignos. Entre las mujeres, de cada 100 egresos 20 fueron por cáncer de mama, 13 por el de cuello del útero y 12 por leucemias, mientras que en los hombres, 19 de cada 100 egresos se debieron a leucemias, cerca de 8 a cáncer de próstata y 6 al de tráquea, bronquios y pulmón.

Tabla 1. Distribución porcentual de egresos hospitalarios por tipo de tumor maligno para cada sexo, 2006, en México.

<b>TIPO DE TUMOR MALIGNO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Mama	0.4	19.8
Cuello del útero	0.0	13.1
Leucemias	18.8	11.9
Ovario	0.0	7.3
Cuerpo del útero	0.0	2.8
Del colon	3.7	2.8
Del estómago	4.0	2.7
Tráquea, bronquios y pulmón	6.0	2.6
Hígado	2.4	1.9
Del recto sigmoides, recto y ano	2.4	1.6

Páncreas	1.9	1.5
Labio, cavidad bucal y faringe	2.3	1.2
Vejiga	2.9	0.9
Melanomas y otros tumores de la piel	0.8	0.8
Esófago	1.5	0.4
Próstata	7.8	0.0
Otros	45.1	28.7
Total	100	100

Fuente: SSA, DGIS. Egresos Hospitalarios 2006. Base de datos. Proceso INEGI

Según la Organización Mundial de la Salud, (2010) el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007. Los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:

- pulmón (1,4 millones de defunciones)
- estómago (866 000 defunciones)
- hígado (653 000 defunciones)
- colon (677 000 defunciones)
- mama (548 999 defunciones)

Aproximadamente, el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030.

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales) son los siguientes:

- Entre hombres: pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata
- Entre mujeres: mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

El panorama epidemiológico de ésta patología en la población mexicana se ha transformado en los últimos 50 años y el cáncer de mama ha pasado a ser un serio problema de salud pública. Sus principales factores de riesgo conocidos incluyen la asociación a la exposición prolongada de estrógenos, algunos de estilos de vida y patrones reproductivos, por lo que resultan difíciles de modificar. Reducir la mortalidad requiere, entonces, mejorar la detección temprana y las estrategias de tratamiento.

En etapas tempranas, con tratamiento multimodal como, cirugía, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia, se espera que la mayoría de los pacientes logre una sobrevida estimada a cinco años del 98%. Sin embargo, más de la mitad de este grupo de pacientes pueden tener una recaída de la enfermedad, que de ser localizada o diseminada modificará la sobrevida estimada en un 80% y 26% a cinco años, respectivamente (Brandan & Villaseñor, 2006).

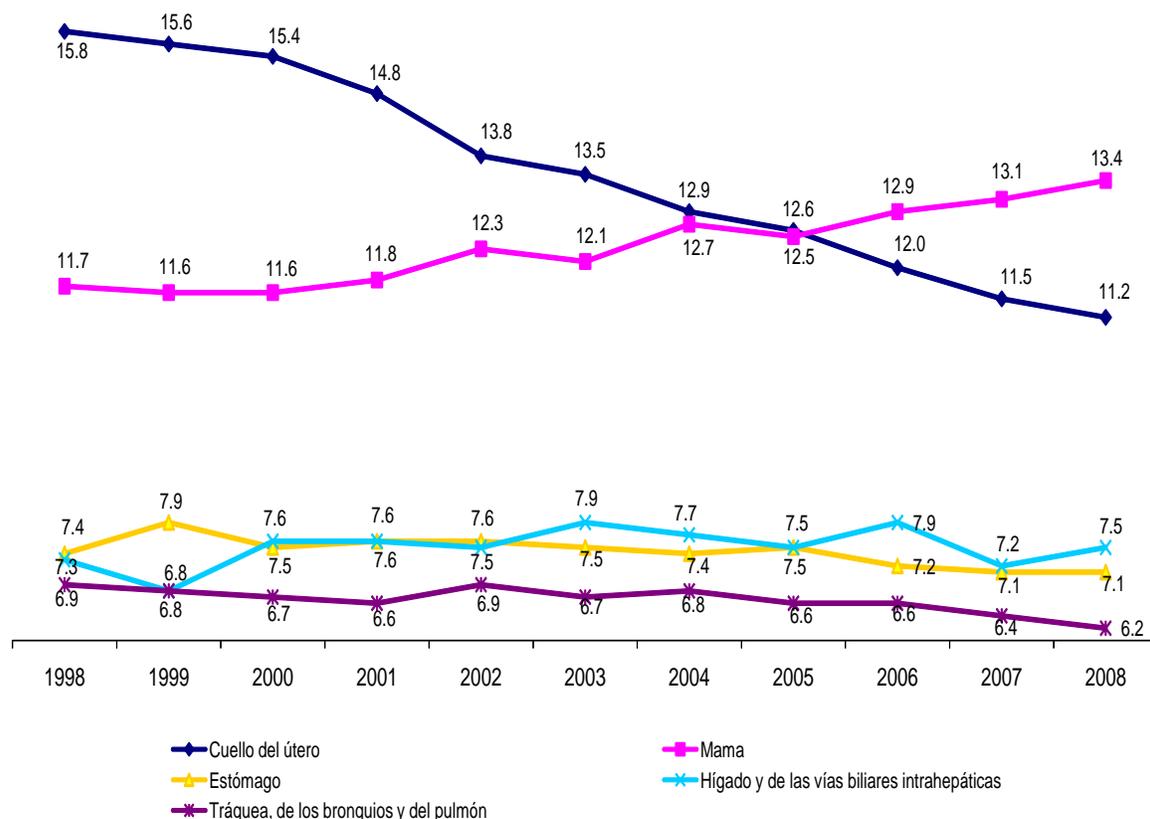
De acuerdo al INEGI, durante el periodo 2004-2007 el cáncer de mama fue la principal causa de egreso hospitalario en mujeres, de 2004 a 2006

hay un incremento al pasar de 19.2% a 19.8% y con un ligero decremento en 2007 (19.2 %).

Del total de defunciones registradas en el país durante 2008 (539 mil 530 casos), 13 de cada 100 tuvieron como causa principal algún tipo de cáncer (71,074).

Las dos primeras causas de defunción por cáncer en mujeres, cuello del útero y mama, han evolucionado de tal forma en el tiempo que han invertido su presencia. Hasta 2005, el cáncer de útero representaba la principal causa de muerte en mujeres con cáncer, a partir de 2006 este lugar lo ocupa el cáncer de mama. Sin embargo, desde 1998 se observa una disminución constante del cáncer de cuello del útero. Por el contrario, aunque a una velocidad más lenta, el cáncer de mama presenta un incremento constante en los últimos diez años, ubicándolo en el primer lugar desde 2006.

Porcentaje de defunciones en mujeres debidas a tumores malignos (cinco principales causas)  
1998-2008



Nota: El porcentaje está en relación con el total de defunciones por tumores registradas en cada año, en general y por sexo.  
Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 1998-2008. Bases de datos.

Figura 1. Muestra las cinco principales causas de defunciones en mujeres debidas a tumores malignos, entre los años 1998-2008.

## Tratamiento Médico

El tratamiento médico oncológico ha experimentado un notable desarrollo que hace posible, en la actualidad, conseguir cada vez más remisiones prolongadas efectivas en casos de cáncer. La terapéutica

utilizada es muy diversa; sin embargo, tres tipos de intervenciones son, por su frecuencia, las más importantes:

*Cirugía.* Tiene por objeto la extirpación de la formación neoplásica, aunque sólo se aplica cuando el cáncer es muy localizado y no es muy extenso.

*Radioterapia.* Consiste en la aplicación sobre el tejido tumoral de radiaciones ionizantes de onda corta producidas eléctricamente, como es el caso de los rayos X, o a través de la desintegración de elementos radiactivos como es el caso de los rayos gamma.

*Quimioterapia.* Consiste en el uso de sustancias químicas llamadas citostáticos que actúan contra la mitosis (división o reproducción) celular y que, por lo tanto detienen la producción de las células cancerosas. Un problema con este procedimiento es que también se afectan las células normales (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

*Hormonoterapia.* Se basa en el bloqueo de la acción hormonal para evitar el crecimiento celular (Morales, 2006).

### **Efectos Secundarios de los Tratamientos Médicos**

Algunos de los efectos secundarios o efectos indeseables más frecuentes de los tratamientos médicos, como la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia, incluyen, entre otros:

- Náusea

- Vómitos
- Amenorrea temporal con sofoco
- Cambios en el estado de ánimo
- Caída total o parcial del cabello
- Sequedad vaginal
- Pérdida de apetito
- Dolor en el área del tumor
- Dolor en la boca
- Infecciones y fiebre
- Afección a las venas
- Prurito (comezón)

### **Aspectos Psicológicos del Cáncer**

En nuestra cultura, el cáncer es una enfermedad que conlleva una impresionante carga de significados ominosos: la convicción de la “muerte inevitable, como una sentencia”, de “lesiones físicas que lo pudiera convertir en un inválido”, de “dolor terrible que no se podrá calmar”.

Adicionalmente, las personas que padecen cáncer se ven invadidas por miedos diversos entre los cuales suelen destacar los siguientes:

Temen depender de otros por el deterioro físico que genera el cáncer, con la pérdida de la autonomía y de privacidad que ello representa.

Temen la posibilidad de verse desfiguradas, mutiladas, consumidas, transformadas en otra, desvitalizada e irreconocible, deshumanizada.

Temen el abandono por parte de los seres queridos, agotados por acompañar a un enfermo crónico con un futuro incierto.

Temen la transformación del amor en piedad y se angustian frente a la posibilidad de ser una carga emocional y afectiva que culmine en que las personas amadas deseen que muera de una vez por todas.

Piensan que si logran curarse, puedan ser víctimas de discriminación y estigma y que les resulte difícil o imposible sostener las condiciones necesarias para cumplir con el rol social que les era habitual.

También, en un porcentaje muy importante de casos, se suma la amenaza de no poder continuar con el tratamiento instituido por su alto costo y por lo prolongado del mismo (Vidal, 2008).

El diagnóstico siempre suele generar un impacto emocional, una crisis o la temida confirmación de una sospecha a veces sospechada con temor por mucho tiempo. La persona se confronta con la propia mortalidad y experimenta la vida como más limitada en el tiempo. Pueden aparecer reacciones de incredulidad, miedo, ansiedad y depresión, así como una serie de necesidades cognitivo-informativas que los pacientes formulan de manera más o menos explícita, como el

porqué de la enfermedad, ¿por qué a mí?, ¿se podría haber evitado? etc. (Amayra, Etxeberria & Valdosedá, 2001).

## **Ansiedad**

El estrés es especialmente elevado en los primeros días, sobre todo si la persona no consideraba esta posibilidad de resultado diagnóstico, y suele reducirse al cabo de una o dos semanas (Loscalzo & Brintzenhofeszc, 1998; Gil & Costa, 2005). Cómo se proporciona la información y, sobre todo, los contenidos de la misma y la relación comunicativa que se establece con el profesional de la medicina van a influir directamente en el proceso de adaptación a la nueva situación.

Al principio los pacientes suelen presentar dificultades para realizar sus actividades normales por problemas de concentración y motivación. En esta fase el paciente experimenta mucha necesidad de información que reduzca la incertidumbre sobre lo que pasará, las opciones de tratamiento, etc. La elevada ansiedad interfiere con la necesidad de tomar importantes decisiones bien reflexionadas y sopesadas en poco tiempo.

Psicológicamente, en la fase de tratamiento los pacientes suelen sentirse esperanzados y protegidos porque se está haciendo algo, se está atacando una enfermedad amenazante con métodos agresivos. Por otra parte, las principales dificultades suelen depender de los efectos secundarios que generan los tratamientos. Los problemas dependen en

parte del tipo de tratamiento (náuseas condicionadas ante la quimioterapia, trastornos de la imagen corporal después de la cirugía, etc.), (Font-Guiteras, 2006).

No solo la experiencia de sentirse enfermo genera la reacción de ansiedad, sino que los tratamientos, por sus efectos secundarios y por la toxicidad neurológica de algunos medicamentos, (que ocasionan deterioro cognitivo, disminución de memoria, afectación de la flexibilidad cognitiva, etc.) aumenta en el paciente la sensación de pérdida de control y deteriora el autoconcepto o identidad que de sí tenía antes de enfermar, esto potencia su angustia o sufrimiento y merma su calidad de vida percibida (Donovan, Small, Andrykowski, Munster, P. & Jacobsen, 2007; Falletti, Sanfilippo, Maruff, Weih, & Phillips, 2005).

Algunos estudios muestran que la prevalencia en ansiedad, cotejada contra el DSM-II, se presentó en el 44% de pacientes en estadios tempranos de localizaciones tumorales diferenciados; además se constató que el 8% de los pacientes padecía un trastorno de ansiedad previo a la enfermedad (Die, 2003).

En general la ansiedad es una sensación experimentada por todos en mayor o menor medida en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se presenta en niveles moderados, suele facilitar el desempeño, incrementa la motivación a actuar, alienta a enfrentarse a

una situación amenazadora; puede ayudar a enfrentarse a alguna situación amenazante. Algunas propuestas la definen como una “respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuesta fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica” (Sáiz, Ibáñez & Montes, 2001).

Sin embargo, la ansiedad se puede convertir en patológica cuando al peligro que se pretende responder no es real, cuando se sobreestima su valor de amenaza (catastrofización) o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva. Se calcula que entre un 15% y un 20% de la población padece o padecerá a lo largo de su vida problemas relacionados con la ansiedad con gravedad suficiente para requerir tratamiento (Bulacio, 2004).

### **Terapia Cognitivo-Conductual**

Las intervenciones cognitivo conductuales se han establecido como tratamientos efectivos en un gran número de problemas psicológicos entre las que se encuentra el distrés relacionado con el cáncer y sus tratamientos (Fawzy, Fawzy, Arndt & Pascua, 1995).

La psicoterapia cognitivo-conductual es eficaz para mejorar el afrontamiento de los síntomas, efectos secundarios y problemas

concretos de la vida cotidiana especialmente en la fase de tratamiento en los pacientes con cáncer, además de tener otros beneficios como:

- Es efectiva en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
- Puede administrarse en periodos breves, factor muy importante en oncología.
- Es fácilmente adaptable para tratar con los problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.
- Se suele aceptar fácilmente por hacer énfasis en el sentido del control personal y de la autoeficacia.
- Mejora la adhesión a los tratamientos médicos.
- Ayuda a aumentar la efectividad de esos tratamientos
- Disminuye los efectos colaterales o su sensación
- Acota el tiempo de recuperación del paciente luego de las intervenciones médicas.
- Ayuda a una mejor regulación anímica
- Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico tratante, con lo cual preserva un poco más la relación médico-paciente (Aresta, Birgin & Blum, 2004).

En un estudio, a ochenta pacientes de cáncer de mama se las evaluó bajo tratamiento simple de quimioterapia adyuvante ambulatoria. Aleatoriamente se asignó a la mitad de las pacientes a un grupo de terapia psicológica que consistía en relajación muscular progresiva, técnicas de respiración diafragmática e imaginación guiada, y a la otra mitad a un grupo control. La ansiedad y la depresión, la relajación y el control de síntomas eméticos postratamientos fueron significativamente más favorables en el grupo de intervención (Sirgo, Gil & Pérez-Manga, 2000).

Otro estudio examinó el impacto de una intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés en un grupo de mujeres (100) diagnóstico de cáncer de mama en etapas tempranas (etapa II o menor). Aleatoriamente se asignaron a un grupo control con 53 mujeres y a un grupo experimental de 47 mujeres. La intervención fue diseñada para que las pacientes aprendieran a enfrentar de mejor manera los estresores propios de la enfermedad y del tratamiento, la intervención incluía técnicas cognitivo-conductuales como relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, manejo de la ira y entrenamiento en asertividad, la intervención duró 10 sesiones, una sesión semanal de 2 horas cada una, se evaluó a los dos grupos por igual en cuatro momentos diferentes, a) evaluación inicial (pretest), b) evaluación postratamiento (postest), c) seguimiento a los tres meses de terminado el tratamiento y d) seguimiento a los 9 meses de terminado el tratamiento (Antoni, Alferi, Blomberg & Caver, 2001).

Los instrumentos utilizados en este estudio incluyeron:

1. Profile of Mood Status-Angustia (POMS), perturbaciones o trastornos del humor: para evaluar el estado de humor.
2. Avoidance and Intrusion scale. The impact of Events Scale (IES), evalúa experiencias a través de la intromisión y evitación que comúnmente están asociados con la angustia a algunas situaciones específicas.

Los resultados mostraron, en el grupo de intervención, que después del tratamiento los niveles de angustia fueron generalmente bajos.

Un estudio más, analizó los efectos de la intervención Cognitivo Conductual en el manejo del estrés en la función inmune, con un grupo experimental con 18 mujeres y un grupo control de 11 mujeres, todas con diagnóstico confirmado de cáncer de mama. En el grupo control sólo se dio un día de seminario de información. En contraste, la intervención del grupo experimental consistió en la intervención cognitivo conductual en el manejo de estrés con distintas técnicas como reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en asertividad, manejo de la ira y ejercicios de relajación. Las intervenciones duraron diez semanas en grupos de 4 a 6 mujeres y sesiones de 2 horas por semana. Tres meses después de terminar las sesiones se midieron los linfocitos y en el grupo experimental hubo una proliferación de éstos, por lo que las mujeres con la intervención mostraron mejores percepciones acerca del

diagnóstico de cáncer comparadas con el grupo control. Otro de los beneficios obtenidos de la intervención fue haber facilitado las respuestas emocionales positivas con relación a su diagnóstico y en paralelo con la posterior mejora de las células de la función inmune (Mc Gregor, Antoni, Boyers, Alferi, Blomberg & Carver, 2004).

Otra investigación analizó los efectos de un registro de escritura emocional en mujeres recientemente diagnosticadas con cáncer de mama. El objetivo consistía en explorar la relación entre la emoción negativa escrita y la ansiedad y la depresión. Participaron 43 mujeres con edad promedio de 53 años, y tres meses o más de haber sido diagnosticadas. Durante 12 semanas escribían un registro de pensamientos y sentimientos relacionados con el cáncer, tres veces a la semana. Se les aplicó un pretest y un postest para medir la ansiedad y depresión mediante los inventarios de ansiedad y depresión BAI y BDI). Los resultados mostraron que los niveles de ansiedad y depresión después de la intervención aumentaron 7% y 6% respectivamente, en relación con la escritura emocional negativa. Por lo que se muestra la importancia de la expresión emocional escrita *positiva* en un mejor estado de salud físico y por otro lado un incremento de malestares físicos y psicológicos en pensamientos negativos escritos (Smith, Anderson, Langrock, & Compas, 2005).

En otra investigación más se evaluó a un grupo de 17 mujeres con cáncer de mama con una intervención de seis sesiones semanales de 90

minutos cada una, y las mediciones se hicieron con pretest, postest y seguimiento a 3 meses, con técnicas cognitivo conductuales que incluían: información y discusión sobre síntomas de la menopausia, monitoreo y modificación de conductas de riesgo, relajación muscular progresiva profunda para reducir el estrés, terapia cognitiva, estrategias conductuales para reducir el estrés en situaciones sociales y técnicas de manejo contra el insomnio. Los resultados mostraron que la Terapia cognitivo conductual disminuyó los niveles de depresión, de ansiedad y problemas de sueño de manera significativa (Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman & Grunfeld, 2009).

En vista de que la mayoría de los estudios anteriores usaron intervenciones con componentes parciales de lo que constituiría una intervención integral (emocional, cognitiva, instrumental) para reducir la ansiedad en estas pacientes, el presente trabajo implementa una intervención cognitivo conductual que integre la aplicación combinada de las técnicas secuenciadas de psico-educación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. También se busca estimar, en principio, si hay razones para suponer que el efecto de una intervención de esta naturaleza es transferible a las condiciones normales de la vida diaria de la paciente. También se instrumentó la intervención individual a partir de prioridades adaptativas descritas por las pacientes mismas al principio del contacto con los terapeutas. Se espera que más adelante se instrumenten intervenciones adaptables a las condiciones prevalentes en diversas instituciones hospitalarias

públicas del País a partir de los principales hallazgos del presente estudio.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 62 pacientes mujeres, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, por médico especialista tratante, en etapas tempranas I, II y III, con un tiempo de evolución de la enfermedad de al menos tres meses. Todas recibían atención subsiguiente en los servicios de Oncología del Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salud. Sus edades fluctuaron entre 31 y 67 años (promedio de 46 años) y se requirió que completaran el tratamiento y todas las aplicaciones de los instrumentos.

El estado civil de las pacientes era: 35% casadas, 24% solteras, 14% separadas, 10% divorciadas, 10% viudas y 7% en unión libre.

Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado (véase anexo 1), después de que se les explicó el objetivo de la intervención y se aclararon las dudas.

Su escolaridad era: 30% estudios comerciales, 16% estudios universitarios, 13% primaria completa, 12% preparatoria completa, 10% primaria incompleta, 10% secundaria completa, 4% preparatoria incompleta, 3% secundaria incompleta y 2% sin estudios formales.

Su ocupación o profesión era: 46% ama de casa, 22% empleada, 19% autoempleo, 8% profesionista y 5% desempleadas.

No se incluyeron pacientes con diagnóstico de psicosis o retraso mental o que estuvieran en fase terminal o que participaran en otros protocolos de investigación.

### **Instrumentos**

Se aplicó en Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) versión adaptada y validada para población mexicana (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2000).

Es una escala de auto aplicación que evalúa sintomatología ansiosa. Consta de 21 reactivos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, en donde 0 significa “nada”; hasta 3 que significa “severamente” (gravedad) de los síntomas en cuestión.

Un ejemplo de un reactivo del Inventario es:

- Dificultad para relajarse

Poco o Nada      Más o menos      Moderadamente      Severamente  
(véase anexo 5).

La versión mexicana del BAI cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de .83 en adultos y confiabilidad Test Retest ( $r=.75$ ) (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2000).

*Bitácoras clínicas*

Son formatos impresos de cuatro páginas diseñadas para el terapeuta, en éstas se recolectaba la información y el trabajo terapéutico realizado durante cada sesión con la paciente. Se registraban datos demográficos, y también las problemáticas que se presentaron durante la sesión, así como las técnicas con las cuales se intervino. Contaban con un apartado de Modificación de cogniciones sesgadas, Regulación de emociones que causan malestar, entrenamiento en habilidades conductuales y un apartado más dedicado a las observaciones realizadas (véase el anexo 4).

### **Entrenamiento a Terapeutas**

Todas las entrevistas, recolección de datos y procedimientos de intervención se llevaron a cabo por siete estudiantes de nivel avanzado de licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los estudiantes habían completado exitosamente un curso avanzado de la terapia cognitivo conductual y recibieron capacitación adicional sobre intervenciones dirigidas hacia pacientes con cáncer de mama. El curso avanzado incluyó un análisis detallado de las lecturas seleccionadas de la literatura contemporánea en la evaluación experimental de cambio de comportamiento en el área de la salud. La formación adicional sobre las intervenciones de comportamiento para pacientes de cáncer de mama tuvo una duración de dos semestres después de completar el curso anterior. Además durante este año los estudiantes también asistían semanalmente a seminarios en los que se abarcaba el análisis de las lecturas

seleccionadas de la investigación contemporánea sobre intervenciones psicológicas para pacientes con cáncer de mama. Todos los estudiantes estuvieron bajo supervisión del investigador principal.

### **Procedimiento**

Las pacientes eran reclutadas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México, se hacía una búsqueda de la base de datos electrónica del Instituto, para seleccionar a las pacientes que cubrieran los requisitos para incluirlas en la investigación. Una vez hecha la búsqueda, a las pacientes que se encontraban en la sala de espera para su consulta de medicina oncológica se les llamaba para que acudieran a la sala de juntas del área de oncología, se les saludaba, se les explicaba en qué consistía la intervención psicológica y la finalidad de la investigación, la forma de intervención y las distintas etapas del estudio. Se hacía énfasis en señalar que su participación sería voluntaria y que podría rehusarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna como usuario de los servicios de salud.

A las pacientes que aceptaron participar se les daba o aplicaba:

- 1) el consentimiento informado para, en su caso, lo firmaran. Si la participante tenía alguna duda se les aclaraba.

2) entrevista, donde se registraban la ficha de identificación, datos y antecedentes de importancia sobre aspectos médicos y psicológicos (véase anexo 2)

3) el Inventario de Ansiedad de Beck, en cuatro ocasiones, pretest (antes de iniciar la primera sesión), postest (al finalizar el tratamiento), primer seguimiento (a un mes de terminar el tratamiento) y segundo seguimiento (tres meses después de terminar el tratamiento).

### **Intervención**

Consistió en un programa de psicoterapia cognitiva conductual cuyos componentes fueron:

- a) psicoeducación
- b) reestructuración cognitiva
- c) entrenamiento en autorregulación (relajación muscular progresiva profunda; respiración diafragmática, imaginación guiada)
- d) solución de problemas.

En caso de ser necesario, se instrumentaban procedimientos de psicoterapia adicionales, como desensibilización sistemática, manejo del enojo y entrenamiento en asertividad, si el terapeuta lo consideraba conveniente, con base al proceso y evolución del tratamiento de cada paciente.

### *Psicoeducación*

Su objetivo es facilitar la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Houts, 1991; Fallowfield & Jenkins, 1999) además de aumentar su sentido de control, reducir los miedos y los sentimientos de incertidumbre, disminuir los niveles de ansiedad y depresión y mejorar la comunicación con el personal de salud y su familia (Manfredi, Czaja, Price, Buis & Janiszewski, 1993). Las intervenciones educativo-informativas consisten en proporcionar información relevante sobre el interjuego entre aspectos psicológicos y la salud, sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontar los diferentes problemas, dónde obtener ayudas específicas, etc.

Se exploraron las concepciones que tenían las pacientes sobre el cáncer y los tratamientos médicos para combatirlo. Se les proporcionaba un folleto con información sobre, qué es el cáncer, pronóstico, tratamiento, efectos secundarios o desagradables del tratamiento, aspectos emocionales relacionados con el cáncer, adaptación a la enfermedad, nuevos hábitos a seguir o evitar para mejorar el bienestar y la calidad de vida y cuál es el beneficio de acudir con el psicólogo (véase el anexo 3).

### *Reestructuración cognitiva*

El objetivo de ésta técnica es ayudar al paciente a modificar creencias o pensamientos que provocan sensaciones de malestar como sentimientos de tristeza y ansiedad, que obstaculizan responder o

funcionar de la mejor manera posible a las demandas de su ambiente, desde un análisis lógico y real de los problemas (Caballo, 1993).

Se adoptó parcialmente el modelo cognitivo “ABC” de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) de Beck y de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis. Donde A es el “acontecimiento activante o la situación”, B son las “creencias” que se genera sobre dicha situación (A), y C es la “consecuencia emocional o conductual” producida por la interpretación de las creencias (B) (Ellis, 1989).

### *Relajación*

El objetivo de este procedimiento es que las pacientes logren disminuir o eliminar todos o algunos de los síntomas fisiológicos de la ansiedad ocasionados como resultado de la exposición diaria a un evento estresante (tratamientos médicos y situaciones de la vida cotidiana).

Las técnicas utilizadas fueron: respiración diafragmática, donde se les enseña por medio del modelamiento la manera correcta e incorrecta de realizar la respiración profunda, la relajación muscular progresiva profunda, donde se le enseña al paciente a distinguir la sensaciones opuestas de un estado de relajamiento comparado al estado de tensión. Por medio de un seguimiento de instrucciones sencillas y de poca dificultad para realizarlas, ésta conduce al paciente a identificar cambios fisiológicos en la temperatura periférica y el tono muscular (Fahrion & Norris, 1990) e imaginación guiada (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo & Molinari, 2008).

### *Solución de problemas*

Tuvo como objetivo ayudar al paciente a reducir el estrés y enfrentar de manera apropiada los problemas de la vida cotidiana.

Las cinco áreas más importantes de solución de problemas incluyeron:

- definir el problema,
- formulación del problema,
- generar alternativas,
- toma de decisiones,
- instrumentación y verificación de la solución al problema.

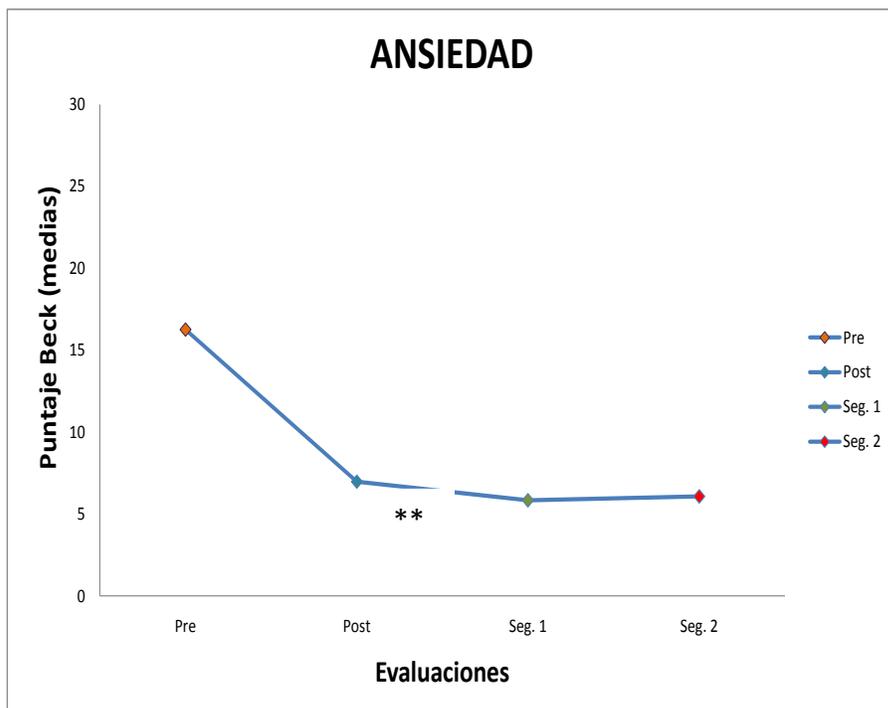
El terapeuta y la paciente identificaban situaciones problema, posteriormente se seleccionaba y definía cuál iba a ser el problema que se iba a tratar y se planteaban objetivos realistas para especificar metas alcanzables para la paciente. Posteriormente el terapeuta le pedía a la paciente que mencionara todas las alternativas que ella creyera se podrían emplear para solucionar el problema, una vez concluido lo anterior, el terapeuta y la paciente revisaban cada una de las opciones mencionadas por la paciente y se realizaba un análisis de su conveniencia a fin de elegir las ideas más eficaces para resolver el problema. Una vez elegidas las mejores opciones, se le pedía a la paciente que llevara a cabo la idea (D'Zurilla & Nezu, 1999).

Algunas de las metas clínicas de esta intervención incluyeron mejorar los niveles de autoeficacia, adhesión al tratamiento y los niveles de la calidad de vida, así como los estilos de afrontamiento de cada una de las pacientes.

## RESULTADOS

Para examinar los efectos de la intervención a través del cambio en cuatro mediciones (pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2) se utilizó el modelo de Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor con medidas repetidas, respecto a las puntuaciones obtenidas del Inventario de Ansiedad de Beck. Dicha prueba permite comparar las diferencias entre las medias en más de dos mediciones simultáneamente, así como establecer la comparación entre pares de medidas para precisar aquellas mediciones que difieren significativamente. Es útil para un solo grupo de sujetos y un único factor cuyos niveles se aplican a todos los sujetos. Las distintas medidas, tantas como niveles tiene el factor, se toman sobre los mismos sujetos, donde cada participante es su propio control.

Figura 1. Puntajes de BAI, en las cuatro mediciones.



\*\*  $p \leq .01$ , post hoc sheffe

La Figura 1 muestra las medias de los puntajes de ansiedad de las pacientes en las cuatro mediciones: pretest (16.26) y dt (11.06), postest (6.98) y dt (6.92), seguimiento 1 (5.83) y dt (5.41) y seguimiento 2 (6.08) y dt (7.02).

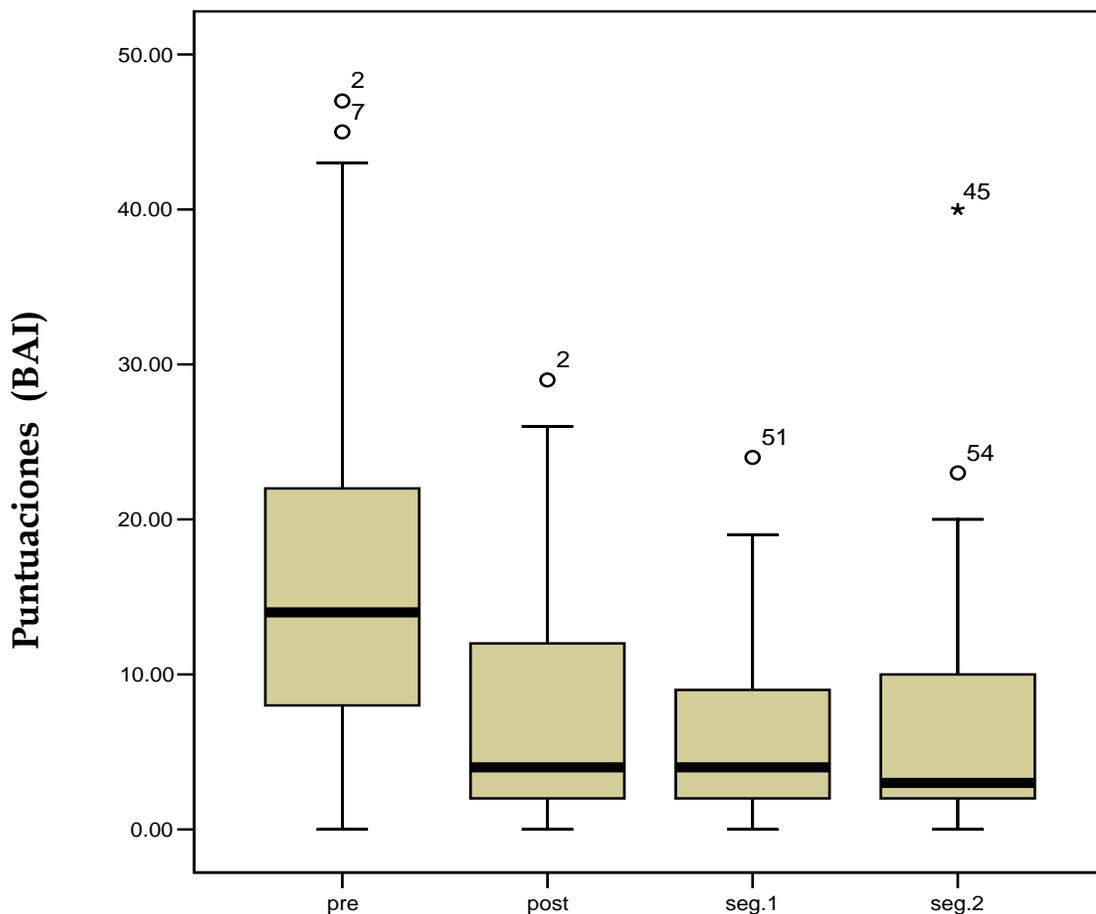
En el pretest se muestra una puntuación de 16.262 que según las normas de calificación del Inventario de Ansiedad de Beck se encuentra en un nivel de moderada ansiedad, después del tratamiento

los niveles de ansiedad bajaron a un nivel leve y en los seguimientos se mantuvieron bajos.

Los resultados muestran que hay una diferencia significativa ( $p = .01$ ) entre las varianzas, por lo que se recomienda utilizar pruebas post hoc Scheffe bajo este supuesto, siendo la más rigurosa.

Entre el pretest y el primer seguimiento ocurrió la diferencia más grande ( $p = .001$ ) y entre el posttest y seguimiento 1 ( $p = .139$ ) y posttest y seguimiento 2 ( $p = .352$ ) no hay diferencias significativas por lo que el cambio presentado en pretest y posttest ( $p = .001$ ) se mantuvo a través del tiempo.

Figura 2. Dispersión de los puntajes de BAI en las cuatro mediciones.



La Figura 2 muestra la dispersión de los datos obtenidos de las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en las cuatro mediciones. Además se observa las puntuaciones obtenidas entre el 25% y 50% de la muestra que se encuentran menos dispersas y el 25% se encuentran más concentrados en puntuaciones bajas de ansiedad, por lo que éste porcentaje se beneficio más con la intervención.

Por otro lado, se observaron cambios clínicos, reportados a través de las bitácoras clínicas, según como los reportaron las pacientes.

Por ejemplo, “ya no me siento mal cuando mi esposo me dice que soy una inútil desde que me enferme” (sic. pac.) Este tipo de pensamientos fueron evaluados y modificados a través de la reestructuración cognitiva y este cambio tuvo como objetivo que la paciente afrontara de una mejor manera los eventos cotidianos y las posibles recaídas en la enfermedad.

Unos de los beneficios obtenidos en los cambios clínicos reportados, le permitió a las pacientes tener un mejor perfil en el tratamiento médico, encarar mejor los efectos secundarios de los tratamientos médicos y estar mejor informadas.

## DISCUSIÓN

En virtud de que los pacientes con cáncer frecuentemente reciben más de un tratamiento médico y el impacto psicológico no sólo se debe al diagnóstico de la enfermedad, sino a la experiencia desagradable de los diversos tratamientos y sus efectos secundarios, el propósito del presente estudio consistió en determinar los efectos de una intervención cognitivo conductual para disminuir la ansiedad que presentaban pacientes con cáncer de mama que recibían atención médica en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México.

Los resultados del estudio señalan que la intervención cognitivo conductual empleada mostró efectividad, ya que hubo cambios estadística y clínicamente significativos, para disminuir la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama, ya que todas las pacientes mostraron disminución notoria en los puntajes de ansiedad hacia niveles leves. Este efecto ocurrió a pesar de estar bajo tratamiento médico activo y estar experimentando efectos secundarios de varios procedimientos médicos, muchos de ellos de carácter invasivo y que suelen generar o agravar la ansiedad tal y como se ha documentado en diversos estudios recientes (véase por ejemplo, Donovan, Small, Andrykowski, Munster, P. & Jacobsen, 2007; Falletti, Sanfilippo, Maruff, Weih, & Phillips, 2005).

A partir de una mejoría significativa de los valores de ansiedad antes y después del tratamiento psicológico, los hallazgos del presente estudio

extienden los de estudios previos en el sentido de que haber sido clínicamente útiles a partir de una intervención cognitivo-conductual con componentes integrados de psico-educación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en autorregulación y solución de problemas. Adicionalmente, las mediciones de postest a los seguimientos 1 y 2 no mostraron diferencias estadísticamente significativas lo que señala que el cambio generado por la intervención se mantuvo a lo largo del tiempo, al menos hasta 3 meses después de concluir el tratamiento psicológico. Esto concuerda con hallazgos de otros estudios (Antoni, Alferi, Blomberg & Caver, 2001; Mc Gregor, Antoni, Boyers, Alferi, Blomberg & Carver, 2004; Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman & Grunfeld, 2009) y los extiende en el sentido de que fue necesario adaptar procedimientos cognitivo conductuales a diversas características socio-demográficas de las pacientes.

Es razonable proponer que la disminución en los niveles de ansiedad y su mantenimiento a través del tiempo es explicable a partir del correcto aprendizaje y el dominio de estas técnicas por parte de las pacientes.

Una contribución particular del presente estudio consistió en ajustar los procedimientos de la intervención cognitivo conductual con la aplicación combinada de las técnicas secuenciadas de psico-educación, reestructuración cognitiva, autorregulación y solución de problemas ajustando su aplicación a las necesidades de cada paciente en particular. Además se realizó la intervención en pacientes con cáncer de mama mexicanas y en etapas tempranas (etapas I-III) en un

grupo de 62 pacientes que completaran el tratamiento y sus seguimientos, en un contexto de escasísimos estudios con las características y las precauciones metodológicas de la presente investigación.

Una posible limitación del presente estudio fue que las pocas posibilidades económicas de las pacientes en ocasiones les impedía asistir a las sesiones terapéuticas en las diferentes sedes donde se daban las intervenciones (reducción de pacientes). Se recomendaría apoyar su transporte de alguna forma y que se asignara un espacio exclusivo para la intervención psicológica en la Institución hospitalaria donde se atienden las pacientes. Esto podría disminuir la deserción y tendrían una mejor adhesión al tratamiento psicológico. También se recomienda en futuras investigaciones hacer seguimiento a más largo plazo, 6, 12 y 18 meses para explorar qué tanto hace aún falta instrumentar módulos para transferir el control clínico a la familia o la comunidad de la paciente.

Una sugerencia sería orientar la mirada en una intervención psicológica oportuna, más bien preventiva, centrada en componentes como educación para la salud y la detección temprana, ya que esto podría mejorar el pronóstico y tratamiento de las pacientes.

## REFERENCIAS

- Amayra, A., Etxeberria, M. y Valdosedá. (2001). Manifestaciones clínicas de las Complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gac Med Bilbao*, 98, 10-15.
- Antoni, M., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Caver, C. S. (2001). Cognitive\_behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among womwn under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20 (1), 20-32.
- Amigo, V. I. , Fernández, R. C. & Pérez, A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Barcelona: Ediciones Pirámide.
- Austrich, S.E. & González, M. M. (2007). *Una oportunidad de vida: El papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama*. México: Norma.
- Aresta, L., Birgin, D., Blum, S., (2004). *Psicooncología*. Diferentes miradas. Buenos Aires. Lugar editorial.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva*. Conceptos básicos y profundización. Barcelona. Gedisa Editorial.
- Bland, K. I. & Copeland III, E. M. (2007). *La Mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. 3 edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Brandan y Villaseñor (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. *Cancerología, Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 1; 147-162.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires. Akadia.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores.

- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2<sup>a</sup>. ed.). Nueva York: Springer.
- Die, T. M. (2003). *Psico-oncología*, Madrid: ADES ediciones.
- Donovan, K. A., Small, B. J., Andrykowski, M. A., Munster, P. & Jacobsen, P. B. (2007). Utility of a cognitive-behavioral model to predict fatigue following breast cancer treatment. *Health Psychology, 26*(4), 464-472.
- Ellis, A. (1989). *Terapia Racional Emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. (3<sup>a</sup> ed.) México: Editorial Pax.
- Engel, J. (2004). *El libro del pecho*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Fahrion, S. L. & Norris, P. A. (1990). Self-regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic, 54*(2), 217-231.
- Falleti, M. G., Sanfilippo, A., Maruff, P., Weih, L. & Phillips, K. A. (2005). The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: A meta-analysis of the current literature. *Brain and cognition, 59*(1), 60-70.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer, 35*, 1592-1597.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A. & Pascua, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry, 52* (2): 100-113.

- Font-Guiteras A. (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer*. En M. Pérez, J. Fernández & I. Amigo (Eds.) *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II*, (pp. 57-86). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil, F., & Costa, G. (2005). Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo (Mastectomía y Salpingooforectomía Profiláctica). *Psicooncología*, 2 (2-3), 317-328.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*. Barcelona. Paidós.
- Hernández, S., R., Fernández, C. C., Lucio, B., P. (2003) *Metodología de la Investigación*. 3ª. Edición. México. Mc Graw Hill.
- Houts, A. (1991). Information needs of families of cancer patients: A literature review and recommendations. *Journal of Cancer Education*, 64, 255-261.
- Hunter, M. S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I. & Grunfeld, E. A. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 18, 560-563
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/cancer0.doc>
- Kerlinger, F. N., Lee, Howard. B. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ª. Edición. México. Mc Graw Hill.
- López-Lara, Francisco (1999). *Manual de oncología clínica. Bases de la oncología clínica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

- Loscalzo, M. y Brintzenhofeszoc, K. (1998). Brief crisis counseling. En Holland, J. (Ed). *Psycho-oncology*, 662-675.
- Manfredi, C., Czaja, R., Price, J., Buis, M. & Janiszewski, R. (1993). Cancer patients search for information. *Monographs of Journal of National Cancer Institute*, 14, 93-104.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8 (41), 1-12.
- Mc Gregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B. & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among womwn with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 1-8.
- Morales, V. (2006). Estrategias clínicas y desarrollo de las bases científicas en el empleo de hormonoterapia para cáncer de mama. *Cancerología, Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 1; 163-175.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). *Cáncer*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). The Mexican versión of Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18:(2):211-218.
- Sáiz, J., Ibáñez, A. & Montes, J. (2001). *Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: Masson.
- Sirgo, A., Gil, F. & Pérez-Manga, G. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos

- asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología*, 3, 3-10.
- Smith, S., Anderson, C., Langrock, A & Compas, B. (2005). The effects of Journaling for womwn with newly Diagnosed Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 1075-1082.
- Universidad de Cadiz. (2002) Guía para el análisis de datos: spss. Recuperado el 10 de Abril del 2010 de <http://www2.uca.es/serv/ai/formacion/spss>.
- Vidal, B. M. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Polemos.
- Zeicher y Candelaria (2006). Cáncer de mama: un problema de salud. *Cancerología, Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 1; 143-145.

# ANEXOS

# ANEXO 1

## Protocolo “Factores psicosociales de la atención de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama” IN-303907

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El cáncer de mama, es un padecimiento cuya sintomatología y tratamiento afectan de manera importante el bienestar y las condiciones de vida de quien lo padece. Los objetivos del estudio en el que se la invita a participar son: a) identificar aquellos aspectos del padecimiento que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de formas de sobrellevarlas, b) ayudarla a desarrollar habilidades de regulación emocional que le permitan tener mayor control sobre algunos aspectos especialmente incómodos del tratamiento que empeoran por el malestar emocional.

Los procedimientos del estudio consistirán en: 1. Evaluación psicológica para explorar decisiones terapéuticas y evaluar los resultados obtenidos. 2. Detección de conductas y pensamientos disfuncionales con el propósito de mejorar su bienestar psicológico; y 3. en su caso, procedimientos de retroalimentación biológica (entrenamiento autogénico) para entrenarla en el mejor control de las emociones adversas que suelen experimentarse durante el tratamiento. Ninguno de los procedimientos de la presente investigación son experimentales, todos ellos cuentan con reconocida efectividad y por no implicar administración de fármacos ni herida no implican riesgo alguno a su salud física.

Para participar se le pedirá en cuatro ocasiones que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud, así como registro de algunas conductas relativas a su tratamiento. Se le pedirá que asista a un tratamiento psicológico, en el que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia. Si asiste a los consultorios de la Universidad de Valle de México, el trabajo estará auxiliado por equipo especializado. El tratamiento durará aproximadamente de cuatro a cinco meses, con una sesión por semana.

Es probable que algunas preguntas la hagan sentir un tanto incómoda, pero su franqueza permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad. En virtud de la naturaleza educativa, no-invasiva y de carácter interpersonal supervisado, tanto de la recolección de datos como de la intervención, no se prevén riesgos significativos para las pacientes. De cualquier manera, el grupo de psicología está entrenado en la detección de signos de riesgo igual o mayor al implícito normalmente en el padecimiento, respecto de los componentes emocional, de pensamiento y conducta. Los beneficios que pueden obtenerse incluyen la mejora de su bienestar emocional, de sus relaciones interpersonales, menores molestias por algunos procedimientos médicos, y mejora en su condición física.

Algunos procedimientos alternos que pueden servir con propósitos semejantes son la terapia cognitivo-conductual que puede recibir en el Centro de Servicios de la Facultad de Psicología de la UNAM, y el entrenamiento en biorretroalimentación que también están disponibles en atención privada.

Siéntase en absoluta libertad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio antes de firmar el presente consentimiento. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, con toda libertad de contáctenos: Dr. Juan José Sánchez Sosa, o Dr. Juan Antonio González Puente, supervisores y responsables del proyecto.

Se le proporciona esta información para que pueda decidir si participa en el presente protocolo, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si decidiera participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna, como usuaria de los servicios del Instituto, Hospital o de cualquier otra índole.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que proporcione será anónima y no habrá forma de identificarla a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos estadísticos de investigación.

Si está interesada, podrá, en cualquier momento del estudio, pedir información sobre su avance individual al respecto de las evaluaciones que se le realicen o de los cambios en su situación clínica, como la valore su terapeuta. También podrá recibir los resultados finales del estudio, sin embargo, éstos suelen tomar meses en concluirse a partir de la recolección de los datos.

El tratamiento busca complementar el tratamiento médico que recibe en el Instituto, su participación no afectará o modificará de ninguna manera el acceso al que tiene derecho, y en caso de presentarse cualquier circunstancia que implique un gasto adicional al normal en estudios como el presente, éstos se cubrirán con el presupuesto de la investigación, su participación en el estudio es completamente gratuita.

Dr. Juan José Sánchez Sosa  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Psicología, CU.  
Tel: 56 22 23 32  
E-mail:johannes@servidor.unam.mx

Dr. Juan Antonio González Puente  
Universidad del Valle de México  
Campus Sn. Rafael  
Tel: 56286300 ext. 52396  
E-mail: jantonio.gonzalez@vmnet.edu

Con mi firma declaro tener 18 años o más de edad y que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes y a asistir a las sesiones programadas.

Testigo 1, firma \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y relación con el paciente

Testigo 2, firma \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y relación con el paciente

Entrevistador:

Fecha:

## ANEXO 2

Terapeuta: _____
No. de Expediente: _____
Folio CSP: _____

### IN-303907 ENTREVISTA CORTA

Nombre del paciente:

Género:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Domicilio:

Estado civil:

Escolaridad:

Profesión u ocupación:

Religión:

Nacionalidad:

Teléfono:

Celular:

¿Cuántos hijos tiene?

Dx:

Fecha del Dx:

Otras enfermedades:

Cirugías (anteriores y programadas):

Medicamentos que toma:

Nombre	Dosis	Desde cuándo
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

Tratamientos:

Realizados	Por realizar

Síntomas experimentados actualmente:

Quién, en su caso, es el proveedor de sus medicinas:

Con quién vive actualmente:

Cuál es su cuidador primario actualmente:

## FAMILIOGRAMA

¿Ha estado en psicoterapia anteriormente, número de sesiones (aproximado) y cómo concluyó?

¿Con quién más ha estado consultando su problema?

¿Ha habido cambios en su estado de ánimo desde el diagnóstico?, ¿cuáles?

Cómo han afectado desde el diagnóstico sus relaciones (cómo se lleva con sus familiares desde el diagnóstico), ¿qué cambios ha habido?:

En qué grado 0=Nada 10=Mucho



Familiares	Sociales
Laborales	Sexuales

## EXAMEN MENTAL

Conducta y aspecto general del paciente

Atención y concentración

Juicio con respecto al diagnóstico (qué es lo que piensa de lo que le está pasando)

Orientación:

Reactividad:

Estado de ánimo:

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 3

# INFORMACIÓN PARA SOBRELLEVAR EL CÁNCER DE MAMA

### ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Nuestro cuerpo está formado por unidades llamadas células, que funcionan de diferentes formas y de las cuales tenemos millones. Estas células desempeñan trabajos particulares para el buen funcionamiento de nuestro cuerpo. Por ejemplo algunas se encargan de defender al organismo de microbios dañinos, otras de regenerar los tejidos dañados, otras de fabricar sangre, entre muchas otras funciones.

Casi todas las células de nuestro cuerpo son capaces de multiplicarse, algunas más rápido que otras. Sin embargo, cuando hay un defecto de la multiplicación, y una célula pierde el control y empieza a multiplicarse de manera muy rápida, esta célula transmite a otras esta capacidad y en el lugar donde se encuentre aparecerá una masa de células que crecerá a una velocidad más rápida que las demás células de ese lugar. Cuando esto ocurre, hay un crecimiento anormal de células llamado tumor, que a veces da lugar a la aparición de cáncer.

La malignidad o canceroso de un tumor tiene que ver con la destrucción que causa a su alrededor y su capacidad de invadir otras partes del cuerpo por la forma en que se desplazan sus células. Cuando se habla de una invasión del cáncer es por su rapidez al desplazarse y no tanto por el tamaño de un tumor.

El diagnóstico temprano del cáncer puede hacer la diferencia entre una enfermedad curable o no. Así, el diagnóstico del cáncer de mama no es necesariamente una sentencia de muerte, ya que en la actualidad es tratable y a veces puede ser curable. El tratamiento dependerá de la etapa en la que se encuentre el cáncer según lo determine el equipo médico responsable de su tratamiento.

### CÁNCER DE MAMA.

El cáncer de mama es el crecimiento anormal de células y el tumor que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria (seno). El cáncer de mama es una enfermedad que se puede desarrollar en una o ambas mamas.

### PRONÓSTICO

El pronóstico son las suposiciones, a partir del conocimiento de cada caso, de lo que pasará a futuro con la enfermedad, por lo que es muy importante asistir a todas las consultas. El número de consultas y su frecuencia depende de varios aspectos.

Por una parte, el tipo de cáncer, invasivo o no invasivo. El invasivo tiene que ver con el tipo de célula cancerosa y la etapa en que se encuentra el cáncer al momento del diagnóstico. En general es mayor el peligro durante los dos primeros años después del tratamiento y disminuye después de cinco años de completado el tratamiento. Entre más tiempo pase desde que acabó el tratamiento, menor será la posibilidad de que el cáncer aparezca de nuevo.

Sin embargo, es importante realizarse revisiones cada cuatro meses, durante los primeros dos años después del tratamiento; cada seis meses en los tres años siguientes y cada año después de permanecer libre de cáncer por cinco años.

Las pacientes que presentan cáncer no invasivo tienen menor riesgo de que se presente de nuevo el cáncer, por lo que sólo necesitan exámenes físicos cada año, es decir los mismos que se recomiendan a las mujeres que nunca han tenido cáncer.

## TRATAMIENTO

En general el propósito del tratamiento es que las células cancerosas no se reproduzcan más para evitar que formen otro cáncer, además de eliminar el ya existente.

Algunos tratamientos del cáncer de mama son:

1. La cirugía; en la que el médico opera y saca el tumor del cuerpo.
2. La radioterapia; que es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas.
3. La quimioterapia; que se basa en el uso de medicamentos (orales o inyectados). En general, entre más agresivo es el cáncer el medicamento acaba con él más eficazmente, y aunque hayan molestias a causa de los medicamentos usados, estas molestias desaparecerán con el tiempo.
4. La hormonoterapia; este tratamiento, al igual que la quimioterapia, se da en medicamentos (hormonas).

5. La inmunoterapia; está basada en medicamentos que ayudan a fortalecer las defensas que existen en nuestro cuerpo para que ataquen a las células responsables del cáncer.

## EFFECTOS SECUNDARIOS O DESAGRADABLES DEL TRATAMIENTO.

Como en todos los tratamientos, existen posibilidades de efectos desagradables, en el caso del tratamiento contra el cáncer, estos pueden ser: fatiga, pérdida del cabello, posibilidad de infecciones (por ejemplo de garganta) pérdida de apetito, comezón, resequedad en la boca, dolor de cabeza y de boca como inflamación de las encías y fuegos labiales, vómito, diarrea y estreñimiento, entre otros.

Todas estas incomodidades varían de una persona a otra, tanto en su intensidad como en su duración.

## RECOMENDACIONES

Hay situaciones por las que debe visitar a su médico durante y después del tratamiento tales como las siguientes:

1. Cualquier nueva bolita o bulto en el cuerpo, en especial en los senos.
2. Dureza en un seno que persiste aún después de la menstruación.
3. Inflamación en los senos aún después de un tratamiento, y posibles bolitas o bultos que aparecen y desaparecen frecuentemente.

4. Dolor que no permite estar tranquila ni dormir aún relajándose.
5. Salida de flujo o líquido con sangre.
6. Pezones que se hundan demasiado o aplastamiento de la piel.
7. Cambio o descamación del pezón.

## ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE MAMA

Se conocen algunas reacciones emocionales por la que una paciente pasa a partir del diagnóstico de cáncer de mama, y son emociones normales que deben enfrentarse.

### 1. Incertidumbre antes del diagnóstico

Cada persona reacciona diferente ante la posibilidad de padecer una enfermedad según su propio estilo personal y experiencia. Algunas lo hacen con extrañeza y curiosidad, otras no le dan importancia, otras se muestran muy alarmadas y otras piensan que no tienen una enfermedad seria.

El notar cambios inesperados en nuestro cuerpo o sentir molestias que no se tenían, puede ser inquietante, en especial cuando hay sospecha de padecer cáncer.

### 2. La crisis posterior al diagnóstico

Cuando la paciente asiste a la consulta para conocer el resultado de los estudios tiene dudas sobre el diagnóstico y quiere saber cuanto antes lo que está ocurriendo con su salud, lo cual puede causar inquietud o angustia.

El comprobar que se sufre una enfermedad seria es el inicio de una experiencia poco favorable por la idea de que se está en peligro y por la inquietud de cómo afectará el cáncer su vida y la de sus seres queridos.

Hay una crisis cuando se cree que la enfermedad puede acabar con sus propósitos, metas, proyectos y planes, además de perder la esperanza en el futuro. Se puede llegar a una especie de desesperanza y una desorganización de las emociones, conductas, pensamientos y relaciones con las otras personas.

La primera reacción al diagnóstico puede ser de rechazo y negación. Se duda de que el diagnóstico sea cierto y se piensa que los resultados pueden tener algún error y se buscan otras opiniones.

### 3. Dudas durante el tratamiento

Al confirmarse el diagnóstico la negación queda atrás y es probable que se presente una sensación de calma y esperanza, aunque todavía con dudas como: ¿lograré sobrevivir?, ¿conseguiremos quitar el tumor por completo?, ¿qué efectos secundarios tendré que aguantar?, ¿cuánto tiempo durará el tratamiento?, ¿cómo voy a quedar?

Los efectos secundarios de los tratamientos pueden llegar a ser agresivos o agotadores, por lo que a veces se tiene el deseo de abandonar el tratamiento, lo cual se convierte en el principal reto a superar.

### 4. Sobrevivir al cáncer: periodo de resolución, esperanza o cura

Después de los tratamientos intensos y de superar las molestias en las peores etapas de la angustia, la paciente puede tener una sensación de confusión y sentimientos encontrados al recibir la noticia de que ya no presenta malestares físicos y su padecimiento está controlado.

Por una parte siente la necesidad de celebrar y dar gracias por la salud recuperada, pero a veces también se ve como una persona débil y abandonada. Agradece que el peligro esté alejado, pero sabe que no podrá dejar de revisarse medicamente a futuro.

5. La enfermedad continúa o se agrava: fase terminal

Si los tratamientos no funcionan o el padecimiento continúa avanzando, emocionalmente se puede presentar una desesperanza y pueden presentar angustia, periodos de tristeza, llanto y enojo. Pero muchas veces después habrá serenidad y se sentirá más tranquila.

#### ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

El impacto psicológico en las pacientes con cáncer de mama hace que algunas se imaginen como si en su cuerpo se hubiese dejado alguna bomba y que hay riesgo de que pueda explotar. A veces este tipo de pensamientos pueden llegar a ser muy intensos y perturbadores.

Según el tiempo en que una persona se adapta al diagnóstico de cáncer a veces hay distintas situaciones que ayudan a una aceptación positiva de la enfermedad. Entre otras se encuentran: el apoyo que den familiares y amigos, una buena relación de pareja, la aceptación de los cambios físicos por la enfermedad o el

tratamiento, la edad de la paciente, la forma en la que expresan sus sentimientos, lo que esperan del éxito del tratamiento, el interés por actividades que le gusten, las molestias que dé el tratamiento y la cantidad de otros problemas que tenga la paciente en ese momento.

#### NUEVOS HÁBITOS A SEGUIR O EVITAR, PARA MEJORAR EL BIENESTAR Y LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de los nuevos hábitos a seguir o evitar destacan los siguientes:

1. Dejar de fumar, ya que aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo.
2. Disminuir o evitar el beber alcohol, ya que esta sustancia puede favorecer el desarrollo de otro tipo de cáncer.
3. Alimentarse bien, procurando comer frutas y verduras, evitar o limitar el consumo de carnes rojas (puerco, res o borrego), reducir las grasas y evitar carnes procesadas como los embutidos (jamón, salchichas, etc.).
4. Hacer ejercicio y otras actividades que sean de su agrado.
5. Mantener un peso adecuado a su estatura y complexión.
6. Procurar estar en situaciones agradables con familiares y amistades.
7. Dormir el tiempo necesario para que el cuerpo descanse de manera efectiva, se recomiendan ocho horas.

8. Estar muy atentas y tomar los medicamentos, cuidando que sea la dosis que el medico señaló.

### ¿CUÁL ES EL BENEFICIO DE ACUDIR CON UN PSICÓLOGO?

Cuando tenemos problemas o sufrimiento emocional y hacemos las cosas adecuadas para combatirlos, se favorece nuestro equilibrio mental, se disminuye el sufrimiento emocional y se favorece que el cuerpo se defienda contra la enfermedad. Hay todo un equipo capacitado de psicólogos y médicos trabajando con y para las pacientes de modo que no deben sentirse solas y pueden estar seguras de que en este proceso podrán buscar el apoyo de profesionales de la salud.

Los objetivos principales del trabajo psicológico son:

- 1.- Tratar los problemas que pueden presentarse en las pacientes con cáncer de mama, como, depresión, ansiedad, crisis de angustia, estrés y alteraciones en el pensamiento.
- 2.- Propiciar el bienestar y una buena calidad de vida, desde el momento en que se sospecha que se sufre el padecimiento y a lo largo de toda la vida. Se buscan las menores consecuencias negativas en lo personal, lo familiar, lo laboral y lo social.
- 3.- Ayudar a cambiar las formas en que enfrentamos la enfermedad y que no favorecen la adaptación psicológica.
- 4.- Acompañar a la paciente en la elaboración de los duelos provocados por las pérdidas que atraviesa.

5.- Asesorar a la familia y formar un equipo terapéutico entre la paciente, su cuidador primario y los especialistas.

6.- Apoyar el trabajo de las emociones, pensamientos y conductas que se desarrollan ante situaciones de enfermedad.

---

### PROTOCOLO: FACTORES PSICOSOCIALES EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE MAMA

- Instituto Nacional de Cancerología
- Universidad Nacional Autónoma de México
- Universidad del Valle de México

Información preparada por Gabriel A. Escorza Fragoso y Ma. Cristina Sierra Avilés, 2008.

Supervisión: Dr. J. J. Sánchez Sosa y Dr. J. A. González Puente.

## ANEXO 4

Proyecto Instituto Nacional de Cancerología, Universidad del Valle de México  
y Universidad Nacional Autónoma de México  
BITÁCORA CLINICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

No. Expediente InCan \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Nombre del Terapeuta \_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual \_\_\_\_\_

Describe en los siguientes espacios los procedimientos aplicados al paciente, durante la sesión objeto del presente registro, en el rubro que corresponda.

a) Detección de cogniciones sesgadas o de información defectuosa que interfieran con el tratamiento o la estabilidad emocional o interpersonal.

b) Reestructuración (en su caso) de las cogniciones descritas en el rubro anterior.

c) Detección de reacciones emocionales que generen malestar o interfieran con el tratamiento médico

d) Entrenamiento de técnicas de regulación emocional: respiración diafragmática profunda, relajación muscular progresiva profunda, etc.

e) Detección y/o registro de conductas (instrumentales) que interfieran con el tratamiento médico o que pongan en riesgo la estabilidad y el bienestar emocional (incluya aspectos interpersonales).

f) Establecimiento de habilidades conductuales e interactivas de apoyo al tratamiento. Incluya instrucciones que haya dado para tareas a realizar en casa.

g) Metas u objetivos para la siguiente sesión.

h) En el espacio siguiente anote comentarios clínicos (suyos o del paciente) integrando los tres componentes (cognición, emoción y conductas) y sugerencias para el tratamiento.

## ANEXO 5

# INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enequina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, Marzo, 2007.

### INSTRUCCIONES:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

### SÍNTOMA

- |    |   |             |             |               |             |
|----|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. | Entumecimiento, hormigueo.                  | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2. | Sentir oleadas de calor (bochorno).         | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3. | Debilitamiento de las piernas.              | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4. | Dificultad para relajarse.                  | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5. | Miedo a que pase lo peor.                   | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6. | Sensación de mareo.                         | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7. | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8. | Inseguridad.                                | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |

9.	Terror.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
10.	Nerviosismo.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
11.	Sensación de ahogo.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
12.	Manos temblorosas.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente

