



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Intervención cognitivo-conductual para el manejo
de la ansiedad en pacientes oncológicos que inician su
tratamiento de quimioterapia”**

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Presenta:

Lluvia Gabriela González García

Directora:

Lic. Mayra Alejandra Mora Miranda

Dictaminadores:

Mtra. María Cristina Bravo González

José Esteban Vaquero Cázares

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013.



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo 1. Psicología de la salud y medicina conductual.....	4
1.1 Salud y enfermedad.....	4
1.2 Niveles de prevención.....	5
1.3 Psicología de la salud.....	7
1.4 Medicina Conductual.....	8
Capítulo 2. El cáncer.....	11
2.1 Definición y características.....	12
2.2 Epidemiología.....	15
2.3 Tratamientos.....	17
2.3.1 Cirugía.....	17
2.3.2 Radioterapia.....	18
2.3.2 Quimioterapia.....	19
Capítulo 3. Aspectos psicológicos del cáncer.....	21
3.1 Implicaciones Psicológicas en pacientes con cáncer.....	21
3.2 Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer.....	27
3.2.1 Evaluación.....	27
3.2.2 Tipos de intervención.....	29
3.2.3 Intervenciones más frecuentes y efectivas para pacientes oncológicos.....	30

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
MÉTODO.....	35
PROCEDIMIENTO.....	37
RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	50
APÉNDICES.....	56

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XIX hubo cuatro tendencias importantes que han modificado el campo de la salud. La primera tendencia refiere al remplazo de las enfermedades infectocontagiosas por las enfermedades crónicas en sociedades industrializadas, como lo son las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebro-vasculares, el cáncer, la hipertensión y la diabetes que afecta a los adultos principalmente, y que son males cuyas causas incluyen factores relacionados con el comportamiento individual. La segunda tendencia refiere al aumento en los costos de la sanidad debido a la primera tendencia. La tercera tendencia es la modificación de la definición de salud como ausencia de enfermedad, a un estado de bienestar positivo y por último la cuarta tendencia, que refiere a la aparición del modelo de salud biopsicosocial, el cual contempla la enfermedad como el resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales (Amigo y Fernández, 1998)

En este sentido, el psicólogo tiene un papel importante en el cuidado de la salud a la hora de procurar no sólo a los pacientes que ya han enfermado, sino también a los individuos que no tienen un padecimiento diagnosticado para que se mantengan saludables. Así, la psicología comparte este papel con las disciplinas sanitarias, pero a diferencia de éstas, la psicología contribuye con ciertas técnicas de modificación de conducta relacionadas con la salud que intervienen en la aparición de enfermedades crónicas y que además, contribuyen a manejar el dolor, reducen el estrés, aumentan la adherencia terapéutica, entre otras cosas. (Brannon y Feist, 2001)

Existen diferentes modelos en psicología para hablar de la salud, uno de ellos es la medicina conductual, que de acuerdo con Schwartz y Weiss (Brannon y Feist, 2001; Bernard y Krupat, 1994) es “un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas, relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas

y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (pág. 250)”

La medicina conductual integra las ciencias del comportamiento y las disciplinas biomédicas. En la práctica clínica, el psicólogo emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas además de la utilización del análisis funcional de la conducta para explicar y en la medida de lo posible, predecir las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas con el cuidado de la salud.

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha incrementado su incidencia en las últimas décadas. De acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Cancerología en 2008, el cáncer fue la principal causa de muerte en el mundo. Cada año, se diagnostican 12.4 millones de personas con cáncer y mueren 7.9. Por otra parte, en México, cada año se diagnostican 120, 000 casos nuevos mientras que mueren 70,000. Sin embargo, a pesar de los avances médicos que hay en la actualidad, la cifra va en aumento.

Esto nos lleva, a dirigir la atención en dicha enfermedad, y según nos compete, a las implicaciones psicológicas de la misma. Derogatis (1983. En: Rico, Restrepo y Molina, 2005) menciona que aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan problemas psicológicos relevantes, tales como la ansiedad, depresión y trastornos adaptativos, los cuales tienden a influir en el tratamiento de la enfermedad, la adherencia y la calidad de vida del paciente.

De acuerdo con Spielberger (1972) la ansiedad es una reacción evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante o desconocida, sin importar si existe peligro o no. Sin embargo, de acuerdo con la Teoría Tridimensional de la Ansiedad propuesta por Lang (1968, en: Miguel y Cano, 1994) la ansiedad está compuesta por tres niveles de respuesta: cognitivo (sentimientos y pensamientos de terror, amenaza o catástrofe inminente, entre

otros), fisiológico (cambios cardiovasculares, aumento en la actividad electrodérmica, del tono musculo-esquelético y del ritmo respiratorio) y motor (inquietud, temblores, gesticulación, tartamudeo, reducción de la destreza motora y de la habilidad para la discriminación perceptiva).

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue determinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual, utilizando la técnica de relajación y psicoeducación, para el manejo de la ansiedad del paciente oncológico que se somete a tratamiento de quimioterapia por primera vez.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL

1.1 Salud y enfermedad.

Cuando se refiere al binomio salud-enfermedad, generalmente se piensa en los aspectos físicos y no en los aspectos psicológicos y conductuales asociados a la misma. Al respecto, Callahan (1977; como se citó en: Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000) menciona que “la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia, libertad, incluyendo el de la salud presentan enormes dificultades en cuanto a su definición”. Es por esto, que el concepto de salud ha sido modificado con el paso del tiempo.

Los griegos por ejemplo, creían que la mente y el cuerpo era una unidad y que se influían de modo recíproco por lo cual entendían que la enfermedad era la ruptura de la armonía del individuo consigo mismo y con el exterior. Los chinos también adoptaron una posición naturalista de la salud y la enfermedad, para ellos la enfermedad era la ruptura del balance de las fuerzas opuestas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

En la edad media, esta concepción naturalista de la salud cambió y la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales, es decir, la violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad (Oblitas, 2004). Sin embargo, fue hasta el renacimiento cuando se recuperó la conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas y surgió el modelo biomédico.

El modelo biomédico surge en el renacimiento y se basa en dos supuestos básicos (Engel, 1977 como se citó en: Borda, Pérez y Blanco, 2000) el primero de ellos era la doctrina del dualismo mente-cuerpo, en el cual se habla del cuerpo como una entidad física y de la mente como parte del dominio espiritual. El

segundo principio de reduccionismo donde se asumía que todo el proceso de enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas.

Sin embargo, este modelo tenía muchas limitantes, ya que no consideraba los factores sociales y psicológicos a la hora de diagnosticar y tratar la enfermedad. Ante esta situación, surgió la necesidad de formalizar una nueva conceptualización que permitiera comprender y controlar mejor la enfermedad (Jasnoski y Schwartz, 1985) de donde surgió el modelo biopsicosocial.

Este modelo sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y enfermedad. Lo cual indica que la salud y enfermedad tienen causas múltiples y a su vez, múltiples efectos. Además pone en el mismo ámbito de su interés la salud y la enfermedad (en contraste con el modelo biomédico que sólo se ocupaba de la enfermedad); sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. (Amigo, Pérez y Fernández, 1998).

Basada en este modelo, la Organización Mundial de la Salud propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”. Dicha definición proviene del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York en 1946; entrando en vigor hasta 1948 (OMS, 2011).

1.2.1 Niveles de prevención.

Desde el ámbito médico, la prevención de la enfermedad es una estrategia para promover la salud, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Ésta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud (Huñis, 2008).

Por otra parte, en el ámbito de la psicología, la prevención tiene como objetivo la adquisición de conductas adecuadas de salud y eliminación de hábitos de riesgo. Es necesario llevar a cabo programas de educación para la salud a través de los cuales las personas desde la infancia y la adolescencia adquieran información sobre los factores de riesgo, aprendan hábitos saludables y eviten comportamientos perjudiciales (Buela-Casal, Bueno y Mas; 2000).

De acuerdo con Caplan (1964; como se citó en: Bernard y Krupat, 1994; Reynoso y Seligson, 2005) la intervención psicológica puede ocurrir en tres niveles: el primario, secundario y terciario.

1) *Intervención primaria:*

Está relacionada con la prevención de la enfermedad pero también se refiere a la promoción del bienestar físico, mental y social. También es efectiva al momento de reducir costos para la sociedad y con muchas ventajas para las personas que efectivamente se mantienen sanas durante mucho tiempo. Desafortunadamente, motivar a las personas que no están enfermas para que cambien sus estilos de vida o su conducta puede ser muy difícil porque usualmente no se observan beneficios inmediatos.

2) *Intervención secundaria:*

En contraste con el primer nivel de intervención, el secundario involucra a las personas que ya están enfermas. Se relaciona con la determinación de ciertos síntomas que indican que el proceso de la enfermedad está presente o no. Esta intervención, está dirigida a detectar la enfermedad pronto y a revertir su progreso.

3) *Intervención terciaria:*

Se relaciona con el tratamiento de las personas cuya enfermedad ya está totalmente establecida. Los esfuerzos de la intervención están dirigidos a detener el proceso de la enfermedad y a restablecer la enfermedad de la persona.

1.3 Psicología de la salud.

Los psicólogos se han interesado por cuestiones de salud desde el comienzo del siglo XX. Algunos por su parte, abordaron el tema en sus escritos. Sin embargo, el interés profesional y de investigación creció relativamente hasta los años 70's. Fue en 1978 cuando varios especialistas de diferentes áreas de la psicología con un interés en cuestiones de salud se reunieron para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formalmente la psicología de la salud (Amigo, Fernández y Pérez; 1998).

El nacimiento formal de la psicología de la salud surge del interés en un modelo integral de salud y bienestar además de la necesidad de considerar a la psicología como una profesión dentro del campo sanitario, reconociendo que la conducta puede tener una influencia tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen de la enfermedad (Bernard y Krupat, 1994).

Específicamente, se plantean tres causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000).

En primer lugar, se debió al cambio de conceptualización de salud y enfermedad; ya que este cambio conceptual conlleva una visión integral de la salud que incorpora los aspectos psicológicos. En segundo lugar, fue el cuestionamiento del modelo biomédico, el cual hace énfasis en los aspectos físicos de la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales.

Por último, se debió a la transición que hubo de las enfermedades infecto-contagiosas a las enfermedades de carácter crónico-degenerativas; cambio relacionado con los factores de riesgo que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. Antes los avances en la medicina en el siglo XX, una gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo infeccioso (neumonía, gripe, tuberculosis y difteria). El descubrimiento de medicamentos

efectivos como antibióticos y vacunas y el avance de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades. La reducción en la incidencia de estas enfermedades y el incremento en los años de vida de las personas dio lugar a las enfermedades crónicas con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, lo que provoca un conjunto de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas, por ejemplo mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000).

Es así que, Amigo, Fernández y Pérez (1998) entienden la psicología de la salud como la rama de la psicología cuyo objeto de estudio se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Sin embargo, las atribuciones de esta disciplina y sus áreas de trabajo quedan descritas ampliamente en la vigente definición aceptada de Matarazzo (1980, como se citó en: Bernard y Krupat, 1994)

“...La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (p. 815).

1.4 Medicina Conductual.

Mientras Freud con el psicoanálisis se dedicaba a la investigación clínica y al tratamiento de pacientes con problemas “mentales”, algunos otros investigadores se mostraban interesados en comprender los procesos psicológicos y la conducta a través de procedimientos experimentales (Bernard y Krupat, 1994).

Watson, por ejemplo, proponía que los psicólogos sólo debían estudiar la conducta observable. Posteriormente, la investigación de Skinner llevó a un

conductismo más radical en el cual se creía que toda la conducta estaba bajo el control del reforzamiento externo. Para los años de 1970, los investigadores habían obtenido resultados impresionantes modificando la conducta y los problemas “emocionales” (Rimm & Masters, 1993). Actualmente, el conductismo ha proporcionado una de las aportaciones más importantes al estudio de la salud y la enfermedad.

Durante los últimos 25 años la medicina ha empezado a reconocer las contribuciones de la psicología dentro de su campo. Incrementando la importancia de la relación existente entre el comportamiento y la enfermedad, además de que el desarrollo de técnicas eficaces por parte de la psicología para modificar ciertas conductas problema en el área de la salud, ha hecho que ésta tenga un papel cada vez más importante (Brannon y Feist, 2001).

La medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista por lo cual su preocupación principal fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas (Reynoso y Seligson, 2005).

El término medicina conductual fue utilizado por primera vez en 1973 en el título del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* (Birk 1973, como se citó: Oblitas, 2004). Se presenta este término como un sinónimo y complemento del biofeedback y se reconoce así la importancia que tuvo el biofeedback en el nacimiento de esta disciplina. No obstante, el término equivalente en el ámbito infantil, *Behavioral Pediatrics*, ya había sido empleado en 1970 en un artículo sobre los factores conductuales en la etiología y el curso de la enfermedad somática en el contexto hospitalario (Brannon y Feist, 2001).

Sin embargo, fueron Schwartz y Weiss (Brannon y Feist, 2001; Bernard y Krupat, 1994) quienes formularon una definición de la medicina conductual, ampliamente aceptada en la que se recogen sus características esenciales:

“...La medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas, relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (p. 250)

Específicamente, en la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas con el cuidado de la salud (Brannon y Feist, 2001).

Dos son las diferencias fundamentales que se pueden enfatizar entre la psicología de la salud y la medicina conductual. En primer lugar, la medicina conductual se pone el acento en su naturaleza interdisciplinaria frente a la psicología de la salud, que se presenta como una rama de la psicología y en segundo lugar mientras que la medicina conductual parece centrarse en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la psicología de la salud se preocupa, especialmente del ámbito de la prevención, tratan de reducir los riesgos para la salud cambiando la forma de pensar de las personas y sus hábitos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Sarason y Sarason, 2006).

EL CÁNCER

Los buenos resultados alcanzados en el control de las enfermedades infecciosas y la tendencia a la reducción de la fertilidad conducen inexorablemente a la transición de una estructura poblacional joven a una de mayor edad. Sin embargo, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes (Menéndez et al., 2005).

Al analizar las principales causas de enfermedad y muerte en México durante los últimos 70 años, se observa que han habido cambios y tendencias interesantes, a veces contradictorios, los cuales reflejan a un tiempo el adelanto socioeconómico del país y la cuota de patología de la pobreza que le corresponde como nación que no alcanza todavía el desarrollo pleno (SSA, Citado en: INEGI, 2013)

La caída de la mortalidad infantil y de las enfermedades infecciosas, combinadas con la proliferación de hábitos como el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y otros cambios del modo de vida relacionados con la urbanización y la industrialización aceleradas, así como la mayor esperanza de vida de la población, han dado lugar al aumento progresivo de las enfermedades crónico degenerativas que se han convertido, con mucho, en las principales causas de daño a la salud pública de México y de la población (SSA, Citado en: INEGI, 2013).

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 2011).

Las enfermedades crónicas degenerativas son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad. A medida que la edad media de la población incrementa aumenta la esperanza de vida individual, estas enfermedades, que se encuentran más frecuentemente en las personas mayores, son cada vez más comunes. Los cambios en el estilo de vida de la población han contribuido a que las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica) y el cáncer constituyan actualmente una de las principales preocupaciones para las autoridades de salud a nivel mundial (Amigo, Pérez y Fernández, 1998).

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Esto es resultado de la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos), que producen la degeneración de las células. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2008 que la principal causa de muerte en el mundo es el cáncer con 7.6 millones de casos (INEGI, 2013). Es por esto que el cáncer es un padecimiento considerado como enfermedad crónica-degenerativa, y será explicada a continuación.

2.1 Definición y características.

El cáncer es un conjunto de más de 100 enfermedades que tienen varios factores en común. Todos los cánceres son el resultado de una disfunción en el ADN –parte de la programación celular que controla el crecimiento y la reproducción de la célula. En lugar de garantizarse la producción regular y lenta de las células nuevas, este mal funcionamiento del ADN hace que las células crezcan y proliferen de manera excesivamente rápida (Taylor, 2007). El problema es que a diferencia de otras células, las células cancerosas no proporcionan ningún beneficio y solamente agotan las reservas del cuerpo.

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control debido a un daño en el ADN. El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células

anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa (Taylor, 2007; Pérez, 2003).

La evolución del cáncer se debe a que existe un problema con la creación de células y como resultado de esto forman una masa de tejido que se llama tumor, el cual, conforme crece puede invadir órganos y tejidos cercanos debido a que las células cancerosas pueden desprenderse del tumor y entrar en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático diseminándose del sitio primario a los ganglios linfáticos o a otros órganos en donde pueden formar nuevos tumores. Cuando esto sucede y el cáncer se disemina, se llama metástasis (Taylor, 2007).

Sin embargo, aunque el cáncer ciertamente es un problema que se da a nivel de la división celular, también es el resultado de la interacción de un agente causal y la reacción viva del organismo. Es una enfermedad crónica, curable en cierto número de casos, con una historia natural que se aparta de los modelos habituales de las enfermedades agudas (Pérez, 2003).

El cáncer se puede clasificar según el órgano donde se origine, sin embargo, de acuerdo con Rodríguez (2003), los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer se presentan en la siguiente tabla:

Tipo	Lugar de Origen
Carcinoma	Epitelios, epitelios poliestratificados escamosos (carcinomas epidermoides) y epitelios columnares o glandulares (adenocarcinomas).
Sarcoma	Tejido mesenquimatoso (músculos lisos y estriados), tejido adiposo (grasa), hueso, cartílago, tejido conectivo y vasos sanguíneos.
Linfoma	Tejido linfoide: Ganglios linfáticos, el bazo, la médula ósea y el tejido linfoide extraganglionar

	asociado a mucosas.
Leucemias	Órganos hematopoyéticos fetales (hígado y bazo principalmente) y médula espinal.
Cáncer de SNC	Tejidos Cerebrales y la médula espinal. (Por ejemplo: gliomas, meningiomas, entre otros).

Tabla 1. Categorías generales del cáncer (Rodríguez, 2003).

Por otra parte la estadificación del cáncer es importante porque ayuda al médico a planear un tratamiento adecuado, además de poder estimar el pronóstico de la persona. De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancer (NCI, 2010) la etapa o estadio, describe la gravedad del cáncer que padece una persona tomando como base la extensión del tumor original (primario) y si el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo o no.

Los sistemas de estadificación del cáncer han evolucionado con el tiempo y siguen cambiando a medida que los científicos aprenden más sobre el cáncer. Algunos sistemas de estadificación cubren muchos tipos de cáncer; otros se enfocan en un tipo particular. Los elementos comunes que se consideran en la mayoría de los sistemas de estadificación son: (1) El sitio del tumor primario, (2) El tamaño del tumor y número de tumores, (3) La complicación de ganglios linfáticos (diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos), (4) El tipo de célula y grado* del tumor (qué tanto se parecen las células cancerosas a las células normales de tejido), y (5) La presencia o ausencia de metástasis (Huñis, 2008)

El sistema TNM es uno de los sistemas de estadificación que se usa más comúnmente. Este sistema está basado en la extensión del tumor (T), el grado de diseminación a los ganglios linfáticos (N), y la presencia de metástasis (M) distante. Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor y el grado de diseminación del cáncer. (Huñis, 2008; López, González, Sato y Sanz, 1999; Rubin, Williams, Okunieff, Rosenblatt, Sitzman, 2003)

Respecto a los estadios, tenemos que el estadio 0 nos refiere a un carcinoma in situ, por otra parte los estadios I, II y III van indicando la extensión de la enfermedad según el incremento en el número del estadio. Nos hablan del tamaño del tumor o la diseminación del cáncer más allá del órgano en el que se originó a los ganglios linfáticos vecinos o a los órganos adyacentes al sitio del tumor primario. Por último, el estadio IV reporta que el cáncer ha sido totalmente diseminado a otros órganos (Huñis, 2008; López et al., 1999; Rubin, 2003).

2.2 Epidemiología.

La OMS (2011) estimó que el 13% de todas las muertes a nivel mundial fueron causadas por el cáncer, principalmente de pulmón, estómago, hígado, colon y mama.

En América Latina, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (INEGI, 2013) durante el periodo 2007-2009, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de alguna neoplasia maligna fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes; para la región, las tasas más altas se ubicaron en Uruguay (168.4), Cuba (143.3) y Perú (136.6); en contraste, México presentó la tasa más baja de Latinoamérica (75.4) resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización entre la población.

Existen más de 100 tipos diferentes de cáncer (NCI, 2011) y la mayor parte de ellos toman el nombre del órgano origen. Durante 2009 las principales causas de morbilidad hospitalaria en la población mexicana son por tumores malignos en los órganos hematopoyéticos (leucemias en su mayoría) con 17.9%; órganos digestivos con 14.8%; y mama con 12.5% de los casos; en contraste los tumores del labio, de la cavidad bucal y de la faringe (1.6%); ojo y sus anexos (0.5%) y los tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes (0.1%), presentan los porcentajes más bajos.

En la tabla 2, se presentan las principales causas de morbilidad hospitalaria en tres poblaciones diferentes: hombres, mujeres y niños (de 0-4 y de 5-9 años).

Población	Hombres	Mujeres	Niños (0-4 años)	Niños (5-9 años)
1	Órganos hematopoyéticos (22.8%).	Mama (22.0%)	Órganos hematopoyéticos (58.22% en niños, 44.95% en niñas).	Órganos hematopoyéticos (73.95% en niños y 60.38% en niñas).
2	Órganos digestivos (17.5%).	Órganos hematopoyéticos (14.1%)	Otros tumores malignos (7.44 por cada 100 mil niños de esa edad).	Tejido linfático, encéfalo y otras partes de SNC (11.91 y 5.93 por cada 100 mil niños de esa edad, respectivamente).
3	Tejido linfático (Sarcoma de Kaposi, Linfoma de células T, periférico y cutáneo.) (9.8%)	Órganos genitales (13.5%)		
4	Mama (0.4%)	Labio, cavidad oral y de la faringe (1.2%)		
5	Tumores malignos de sitios múltiples independientes (0.1%)	Tumores malignos de sitios múltiples independientes (0.1%)		

Tabla 2. Principales causas de morbilidad hospitalaria en mujeres, hombres y niños (INEGI, 2013)

Por otra parte, en México, la letalidad de los tumores (egresos hospitalarios por defunción por tumores malignos) durante 2009 fue de 6.4, es decir, aproximadamente 6 de cada 100 personas hospitalizadas con estos padecimientos murieron en el hospital (INEGI, 2013).

Asimismo, considerando el total de defunciones en México durante 2009, la tasa de mortalidad observada por tumores malignos en hombres fue de 65.11 por cada 100 mil hombres y en las mujeres de 65.49 por cada 100 mil mujeres (SSA, 2002 En: INEGI, 2013).

2.3 Tratamientos

El principio terapéutico básico es curar al paciente con la menor afectación estructural y funcional (Rubin, 2003). Es por esto que, la decisión sobre lo radical que deba ser el tratamiento se determina por una combinación de factores:

- Agresividad del cáncer.
- Predicciones respecto a su diseminación: factor de conversión.
- Morbilidad y mortalidad del procedimiento terapéutico.
- Tasa de curación del tratamiento planeado.
- La tasa o ventana terapéutica.

Los tratamientos disponibles más comunes en el momento actual para tratar el cáncer, solos o en combinaciones estratégicas, son los siguientes:

2.3.1 Cirugía.

La cirugía ha sido y sigue siendo el método más efectivo en el tratamiento de los tumores malignos. Además ha desempeñado un papel importante en la paliación mediante la extirpación de grandes masas tumorales que producen necrosis, obstrucciones y hemorragias. Actualmente se utiliza sola como método curativo en el manejo de tumores sólidos o bien en combinación con radio y quimioterapia pre o postoperatoria. Asimismo, es útil para realizar el estudio histológico definitivo del tumor y nos va a permitir el diagnóstico final del tumor

primario y su extensión a los ganglios regionales, sin perjuicio de que ya e disponga previamente de un diagnóstico citológico o de un diagnóstico histológico por técnicas de punción. Por otra parte, la cirugía también permite extirpar totalmente el tumor primario y las metástasis regionales (Pérez, 2003).

2.3.2 Radioterapia.

La radioterapia (García, 2003) consiste en la aplicación de la energía física de las radiaciones ionizantes, la cual a su vez es absorbida por los tejidos patológicos neoplásicos causando la detención de su crecimiento seguida de su involución y eliminación. La absorción de esta energía física en los tejidos sanos es causa de lesiones, complicaciones y secuelas. Esta dualidad de efectos hace necesario que para la administración de la radioterapia que se tenga un sistema riguroso de planeación de la dosis física administrada a los tumores malignos y de protección a los tejidos sanos involucrados.

Las fuentes de energía física son los isótopos radioactivos naturales o artificiales y los haces de radiación generados por aceleradores de partículas subatómicas. La relación espacial de esas fuentes con el volumen blanco de tratamiento puede ser a distancia, desde el exterior del cuerpo del paciente, en cuyo caso se llama tele terapia o bien en contacto dentro del volumen del tumor, conocida como braquiterapia (García, 2003; Feldmerer, 1997).

Puede curar tumores localizados si son radiosensibles, pero su mejor aplicación es como tratamiento locorregional complementario con la cirugía. Las radiaciones producidas por la bomba de cobalto, el acelerador lineal de electrones y el betatrón, permiten radiar cualquier parte del cuerpo por profunda que esté y con la ayuda de los simuladores de imagen, colocar las radiaciones en el punto exacto en que se necesiten, sin dañar los tejidos normales de las proximidades (García, 2003; Feldmerer, 1997).

Los efectos de la radioterapia dependen de la zona a la que se le aplique la radiación y se dividen en complicaciones inmediatas y tardías. Las inmediatas

pueden ser la dermatitis, mucositis, faringitis, proctitis y enteritis; en general durante el final del tratamiento o inmediatamente después. Algunas veces estos efectos pueden ser bastante intensos como para interrumpir el curso del tratamiento. Sin embargo, es común que sean de resolución espontánea y se resuelven dentro de un plazo de 2 a 4 semanas después de completarse la radiación (Feldmerer, 1997).

Por otra parte, las complicaciones tardías de la radiación no suceden por sí solas y tienden a progresar con el transcurso del tiempo. Las más graves incluyen mielitis transversa de la médula espinal, necrosis encefálica y cistitis o enteritis por radiación grave. También se consideran como complicaciones la arteritis terminal y la fibrosis estomática (Feldmerer, 1997).

2.3.3 Quimioterapia.

Senra (2002) menciona que la quimioterapia es probablemente la modalidad terapéutica más importante en el tratamiento sistémico del cáncer. Con quimioterapia en la actualidad es posible curar pacientes con enfermedad metastásica o con extensa actividad tumoral locorregional, no susceptible de ser erradicada mediante cirugía y radioterapia.

De acuerdo con Zinser (2003) el término quimioterapia, se ha adoptado de manera universal para referirse al conjunto de medicamentos con capacidad citotóxica que se utilizan en el tratamiento del cáncer, aunque estrictamente hablando, quimioterapia también se refiere a agentes antimicrobianos de acuerdo al término acuñado por Paul Ehrlich a principios del siglo pasado.

La quimioterapia está indicada en pacientes portadores de neoplasias en quienes se haya demostrado sensibilidad a la misma. En cuanto al momento de administrarla, se puede resumir en las siguientes situaciones (Zinser, 2003):

- 1) Después de cirugía de manera preventiva en lo que se conoce el tratamiento adyuvante;

- 2) En algunos casos principalmente cuando el tumor es muy grande o se intenta realizar un manejo conservador evitando un procedimiento quirúrgico mutilante, se puede administrar antes de la cirugía lo que se conoce como quimioterapia neoadyuvante;
- 3) En enfermos con recurrencia después del tratamiento local y
- 4) En pacientes con enfermedad metastásica los cuales inclusive, dependiendo de la respuesta posteriormente pueden ser candidatos a resección quirúrgica o radioterapia.

A pesar de estos tratamientos, también existen pacientes con tumores avanzados en quienes no hay posibilidades de curación, sin embargo, su sintomatología puede mejorar de manera importante con el uso de quimioterapia en lo que se conoce como quimioterapia paliativa. Probablemente la medicación más frecuente de tratamiento paliativo es el dolor que en muchos casos puede manejarse mejor con quimioterapia que únicamente con el uso de analgésicos ya que estos particularmente los narcóticos pueden producir sedación y constipación que afectan desfavorablemente la calidad de vida del enfermo (DeVita, Hellan y Rosenberg, 2011; Zinser, 2003).

El problema de la quimioterapia es que también afecta a las células normales, especialmente a las de la piel y a las de la sangre por la cual su uso conlleva la aparición de efectos secundarios característicos como lo son la anemia y la desaparición de leucocitos en la sangre o una sistemática alopecia total que suele provocar un profundo malestar psicológico. Específicamente, algunos de los efectos de la quimioterapia pueden ser la náusea y el vómito anticipatorio y asociado con la quimioterapia; la diarrea, anorexia, constipación; algunas complicaciones orales como la mucositis y estomatitis; también hay pérdida de cabello y fatiga (DeVita, et al., 2011). Algunos autores reportan otros efectos secundarios que son de índole psicológico. En algunos casos puede haber dolor producido por el tratamiento; disforia anticipatoria relacionada con una sensación de malestar general que incluye un estado de ánimo depresivo, ansiedad e inquietud y algunas disfunciones sexuales (Borda et al., 2000).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PADECIMIENTOS ONCOLÓGICOS.

Desde el punto de vista del psicólogo, resulta esencial enfocar el problema del cáncer desde una perspectiva integral, lo cual implica reconocer la importancia de la dimensión biológica en los factores de riesgo de la enfermedad, la rehabilitación y la adaptación psicológica; también se debe aceptar que existe una interacción importante entre los factores biológicos y psicológicos, con lo cual se resalta la importancia de las variables psicológicas y sociales y su contribución para entender el problema, buscar estrategias para afrontarlo (Buela-Casal et al., 2000).

3.1 Implicaciones psicológicas en padecimientos oncológicos.

De acuerdo con Valderrama, Cabellido y Domínguez (1995) las enfermedades crónico-degenerativas son factores que pueden provocar ansiedad. El cáncer, al ser una enfermedad crónico-degenerativa, podría ser un factor precipitante de ansiedad que debe ser intervenida por psicólogos de la salud.

El psicólogo de la salud tiene un papel importante que desempeñar atendiendo a los asuntos relacionados con los factores de riesgo y el desarrollo del cáncer (Taylor, 2007).

El deterioro físico y psicológico que va sufriendo el paciente con cáncer puede influir directamente en el tratamiento, su adherencia y calidad de vida. Desde el momento en el que al paciente le dan el diagnóstico de cáncer, se enfrenta con varios problemas relacionados con la misma enfermedad, tales como la economía, los planes de vida y el miedo a morir. Estos eventos pueden desencadenar algunos cuadros de depresión y ansiedad en dichos pacientes (Holland, 1998 como se citó en: Rico, Restrepo y Molina, 2005). El reconocimiento

de los niveles de depresión y ansiedad es un aspecto importante, involucrado en la atención integral del paciente con cáncer. Desde ese punto de vista es relevante la adaptación y validación de pruebas psicológicas que permitan discriminar posibles trastornos psicológicos derivados del curso de la enfermedad.

Algunas investigaciones muestran que aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan problemas psicológicos relevantes. En un estudio realizado con 215 pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios, Derogatis (1983, como se citó en: Rico et al. 2005; Nieto, Abad, Albert y Arreal, 2004) concluyó que el 47% de la muestra presentaba trastornos psiquiátricos. De este 47%, dos terceras partes (el 68%) presentaba un trastorno adaptativo, el 13% depresión mayor y el 4% trastorno de ansiedad.

Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología y valorados por psiquiatría entre agosto de 1993 y septiembre de 1994, mostraron un 56% de sintomatología psiquiátrica. Ese 56% de los casos se distribuía en depresión (44.9%), ansiedad (18.3%) y la combinación de ambos síntomas (8.2%) (Molina, 1995 como se citó en: Rico et al., 2005).

A continuación se explicarán a detalle algunos de los trastornos psicológicos más importantes.

- *Trastornos Adaptativos.*

Se suelen entender a los trastornos adaptativos como aquellos que se caracterizan por una mala adaptación en una o más esferas psicosociales, como el trabajo, las relaciones interpersonales, las aficiones, la sexualidad o la capacidad de disfrutar con las cosas de la vida (Nieto et al., 2004).

De acuerdo con el DSM IV-TR, la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Sus criterios son los siguientes:

- A) Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante.
- B) La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica).
- C) La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D) Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E) Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Asimismo, los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes:

- a) *Con estado de ánimo depresivo*: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.
- b) *Con ansiedad*: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.
- c) *Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo*: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.
- d) *Con trastorno de comportamiento*: Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).
- e) *Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento*: Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas

emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

- f) *No especificado*: Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

Frente a estas reacciones desadaptativas se han descrito estrategias de adaptación que se dan en algunos pacientes oncológicos como lo son la necesidad recurrente de modificar la realidad, la redefinición de tiempo, el manejo de la incertidumbre y el enfrentamiento con el dolor (Nieto et al., 2004). La mayor parte de los pacientes son capaces de enfrentarse de forma adaptativa a la enfermedad, a sus efectos y a los cambios de vida que naturalmente provoca, solos o con la ayuda del personal de salud y sus familiares, sin que lleguen a padecer ningún trastorno mental. Sin embargo, un porcentaje de pacientes de cáncer desarrollan trastornos psicopatológicos debido a una vulnerabilidad previa, la presencia de otros acontecimientos estresantes, la ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas o un déficit en apoyo social, así como las condiciones asociadas a la enfermedad y sus tratamientos. Dichos trastornos, pueden estar presentes en el 30% de los enfermos oncológicos (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, 1983, como se citó en: Ballesteros et. al., 2005).

- *Depresión y Ansiedad.*

La mayor parte de los trastornos psicológicos que se presentan en los pacientes oncológicos está representada por los cuadros desadaptativos y por las manifestaciones ansiosas y depresivas. La diferenciación es difícil a veces, pues la sintomatología aparece en muchos casos de manera simultánea. Además de que se vuelve complicado distinguir un trastorno psiquiátrico de la reacción de adaptación que el paciente intenta para superar desde el punto de vista psicológico la enfermedad (Nieto, et al, 2004).

Álvarez y Alfonso (1997. Como se citó en: Buela-Casal et al. 2000) sostienen que la depresión es un constructo que está definido por 3 niveles de respuesta: 1) Cognitivo: sentimientos de tristeza, apatía, desánimo, pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre el futuro; 2) Fisiológico: disminución de sudoración, dolores de estómago, falta de apetito, insomnio, cefaleas y 3) Motor: déficit de conductas sociales y positivas, exceso de conductas de escape/evitación y conductas irracionales.

El estado de ánimo depresivo suele ser un síntoma habitual en el paciente con cáncer. Las tasas de depresión de acuerdo con McDaniel (1995, como se citó en: Nieto et al. 2004) oscilan entre el 1.5% y el 50%, con una media del 24%; dicha tasa puede variar en función de la localización del tumor.

Respecto a la ansiedad, Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) mencionan dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad estado como una fase situacional y la ansiedad de rasgo en función de las diferencias individuales para responder a situaciones percibidas como amenazantes. Es decir, la ansiedad se refiere al desorden psicofisiológico que se produce por la anticipación de una situación amenazante que supone un riesgo (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Lang y Lazovik (1963, como se citó en: Méndez y Macia, 1994) conceptualizaron la ansiedad en tres sistemas de respuesta. En este sentido, la ansiedad se concibe como un constructo que designa un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por determinadas variables antecedentes, sean tanto estímulos del medio como respuestas del propio sujeto que funcionan como estímulos. Las respuestas de cada uno de estos sistemas son:

- Sistema motor: Las respuestas más frecuentes son las de evitación activa (hacer algo) y pasiva (dejar de hacer algo); ambas realizadas para que la respuesta de ansiedad no se presenten. Si las condiciones fuerzan al sujeto a mantenerse en la situación que le provoca la ansiedad, puede aparecer perturbaciones en la ejecución motora como

voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, tics, temblores y muecas faciales.

- Sistema psicofisiológico: el patrón de respuestas característico es el incremento de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, produciendo cambios en las respuestas cardiovasculares, respiratorias y electrodérmicas.
- Sistema cognitivo: éstas consisten en pensamientos e imágenes negativas referidas a la situación, al propio sujeto, a sus respuestas de ansiedad y/o a las consecuencias.

Las situaciones de ansiedad en el enfermo con cáncer son muy habituales. Sin embargo, intervienen un número considerable de variables como edad, sexo, tipo de tumor, localización o tratamientos empleados (Reynoso y Seligson, 2005).

Los trastornos de ansiedad y afectivos son las categorías psicopatológicas más prevalentes, en diversos estudios, donde se han valorado a pacientes oncológicos, se ha encontrado que entre el 13 y el 28% presentan algún trastorno de ansiedad, en donde las fobias, resultan ser las más prevalentes (Ballesteros, et al., 2005).

Vaccaro y Ramírez (2005) en su estudio, evaluaron a 13 pacientes con cáncer de mama mediante una entrevista estructurada y el DSM IV y encontraron Un 62% de las pacientes presentaron un trastorno de ansiedad ligero, un 23% tenían un trastorno de ansiedad moderado y un 15% presentaban grados de ansiedad normales.

Se debe considerar que la incidencia de ansiedad ocurre a lo largo de toda la enfermedad. Por ejemplo una vez iniciado el tratamiento de quimioterapia, alrededor de un 30% de los pacientes desarrolla náuseas y vómitos anticipatorios, es decir antes o durante la administración del fármaco; las cuales se pueden presentar en el recinto clínico o pasado el tiempo. Este fenómeno es de gran importancia clínica porque hasta un 5% de los pacientes se llegan a negar al

tratamiento debido a estos efectos además de que las náuseas son especialmente resistentes a los antieméticos (Nieto et al, 2004).

3.2. Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer.

En la actualidad son precisamente los modelos cognitivo-conductuales, los más utilizados (Bravo, 2010). Algunos de los principales objetivos de la intervención psicológica en personas con padecimientos oncológicos son (Rojas-May, 2006):

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Mejorar la capacidad para identificar, afrontar y expresar las emociones asociadas con el diagnóstico.
- Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos: mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adherencia terapéutica.
- Estimular la participación en actividades placenteras y mantener/mejorar sus relaciones sociales.
- Facilitar la comunicación del paciente con el personal médico, su pareja y otras personas significativas.
- Mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares, al proceso de enfermedad.

3.2.1 Evaluación.

Algunos piensan que la evaluación en psicología sólo implica detectar la presencia de un estado, un conocimiento, una patología, entre otras; dependiendo del campo en donde se esté evaluando. Pero, en un sentido amplio, el término de evaluación habla de todo un proceso cuya meta consiste en identificar, rotular, seleccionar, plantear objetivos, intervenir, pronosticar y volver a evaluar si los objetivos planteados se alcanzaron; su finalidad estriba sobre todo en su utilidad para la toma de decisiones (Aragón, 2004).

La evaluación conductual consiste en la recolección de datos e información sobre las respuestas de la persona que sufre el problema (ya sean motoras, fisiológicas o cognitivas), así como sobre las variables antecedentes del organismo y consecuentes relacionadas funcionalmente con aquellas, de modo que permita tomar decisiones para su modificación y valorar los cambios producidos con las técnicas de terapia de conducta aplicadas (Méndez y Macia, 1994).

La elección de una técnica o instrumento concreto de evaluación conductual depende de la variable a evaluar, clase de respuesta o estímulos del momento de la evaluación, instrumentos generales o situacionales; de la posibilidad de disponer otros evaluadores, autoevaluación o evaluación por otros; del contexto de evaluación, situaciones naturales o artificiales, de los objetivos de la evaluación, fines terapéuticos o de investigación; de la relación costo-beneficio de la evaluación, técnicas económicas como los autoinformes o costosas como los registros psicofisiológicos (Méndez y Macia, 1994).

Según Aragón, (2004) y Méndez y Macia (1994), los instrumentos para evaluar más frecuentes son los siguientes:

- *Entrevista:* En la práctica clínica el proceso de evaluación conductual habitualmente empieza con una entrevista y basándose en los datos obtenidos en la misma se planifica la posterior recogida de información. Se compone de preguntas concretas por medio de las cuáles el psicólogo obtiene la información que le servirá para delimitar la problemática. La entrevista puede ser estructurada, semiestructurada o no estructurada.
- *Autoinforme:* Esta técnica consiste en que la persona informe sobre sus propias respuestas (dependiendo de la problemática a tratar), aportando datos para su análisis topográfico y funcional. Se pueden clasificar según el momento de su aplicación en autoinformes situacionales (si se emplean inmediatamente antes, durante o después de exponer a la

persona a una situación que evoca respuestas) o en autoinformes generales y específicos (sin exponer a la persona a alguna situación). También pueden estar considerados en este apartado las pruebas psicométricas.

- *Observación*: como su nombre lo dice, consiste en la observación y registro de ésta de las conductas de la persona. Puede llevarse a cabo en situaciones naturales o artificiales.
- *Registros psicofisiológicos*: Específicamente para la ansiedad, se usan medidores de tasa cardíaca, respuestas electrodérmicas, respuestas electromiográficas, la presión sanguínea, la tasa del pulso, la respiración y las respuestas encefalográficas.

3.2.2. Tipos de intervención.

De manera general, cuando se trata de cambiar conductas, los psicólogos tienen tres opciones: el condicionamiento clásico, la modificación conductual y el modelamiento. Mientras que cuando se trata de cambiar cogniciones, utilizan una variedad de terapias cognitivas (Bernard y Krupat, 1994).

La intervención propuesta por Reynoso y Seligson (2005) consiste en generar un programa conductual de habilidades de afrontamiento basada en la solución de problemas con el fin de ayudar a los pacientes oncológicos a mantener su calidad de vida. Las metas del mismo están dirigidas a disminuir los niveles de estrés de los pacientes. La intervención en el paciente con cáncer dependerá de la evaluación conductual que se realice y debe tomar en cuenta de manera muy importante el diagnóstico médico, el tipo de cáncer, la existencia o no de metástasis, la propuesta terapéutica del médico y el pronóstico de sobrevivencia.

Los pacientes que sufren enfermedades neoplásicas presentan al mismo tiempo una serie de problemas derivados fundamentalmente de los tratamientos médicos a los que se hallan sometidos. Algunos de ellos son: las náuseas y vómitos anticipatorios (Hernández, 2003), dolor, insomnio, disforia, anorexia, disfunciones sexuales, temor o miedo intenso, entre otros (Borda et. al, 2000).

Según diversos autores (Borda et al., 2000; Bernard y Krupat, 1994), algunas de las técnicas sugeridas para intervenir en los efectos de los tratamientos del cáncer son los siguientes:

- Técnicas de relajación. (Relajación muscular progresiva de Jacobson, relajación pasiva y la imaginación, entre otras).
- Desensibilización sistemática.
- Técnicas operantes. (Reforzamiento positivo, negativo, castigo, entre otras).
- Técnicas de Biofeedback.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Técnicas de habilidades de enfrentamiento.

3.2.3 Intervenciones más frecuentes y efectivas para pacientes oncológicos.

Existen diversos tratamientos psicológicos para manejar o incidir en las distintas implicaciones psicológicas de los pacientes oncológicos, y éstas varían de acuerdo al objetivo del tratamiento (Bernard y Krupat, 1994).

En un estudio realizado por Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa (2010) en México, para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama; sometieron a 60 pacientes a un procedimiento de psico-educación y posteriormente a procedimientos para: establecer habilidades de adhesión terapéutica, identificar y modificar cogniciones disfuncionales y mejorar su autorregulación emocional. Encontraron que en cuanto a la regulación emocional, la relajación muscular progresiva profunda puede haber sido uno de los componentes más provechosos, es posible que las haya dotado de mayor estabilidad emocional al afrontar situaciones estresantes. Las pacientes por lo general referían sentirse más tranquilas, incluso físicamente, para continuar su vida con mayor calma y ánimo.

Las investigaciones realizadas por Newell, Sanson y Savolainen (2002) reportan que las estrategias de intervención psicológica traen consigo beneficios

potenciales en los pacientes con cáncer. Sin embargo, fueron las técnicas cognitivo conductuales (relajación, psicoeducación, reestructuración cognitiva, entre otras) las que aportaron beneficios más sustanciales a mediano y largo plazo para muchos de las condiciones estudiadas.

Por ejemplo, en el caso de la disminución de la ansiedad producida por el tratamiento, la relajación se ha considerado como una alternativa debido a que numerosos estudios mencionan que técnicas como la imaginería, la muscular progresiva de Jacobson, respiración diafragmática y el biofeedback, resultan eficientes para disminuir los niveles de ansiedad de los pacientes, además de contrarrestar los efectos aversivos producidos por el procedimiento de quimioterapia. (Walker et al., 1999; Vasterling, Jenkins, Tope y Burish, 1993; Burish y Lyles, 1981). En general estas técnicas son las que han mostrado los mejores resultados terapéuticos, incluso cuando se les compara con los fármacos antieméticos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Asimismo, Bravo (2010) en su estudio presentó el esquema de intervención en crisis realizado en una paciente con cáncer de mama posterior al diagnóstico y a la propuesta de mastectomía. Los resultados reportaron que la intervención es eficaz e importante en crisis al momento de recibir un diagnóstico de enfermedad oncológica. Además, sugiere que la intervención grupal sería muy útil como método de apoyo psicológico.

Todos estos estudios, confirman lo expuesto por Lugo, Alizo, Martínez y Sojo (2006) sobre las técnicas de intervención conjuntas. En su estudio diseñaron y aplicaron programa de intervención breve que consistía en utilizar técnicas de psicoeducación, evocación de pensamientos automáticos, relajación, visualización y sesiones abiertas con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y depresión. Obtuvieron resultados favorables ya que en su grupo experimental lograron disminuir significativamente los niveles de ansiedad y depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los factores psicológicos pueden interactuar en el curso del cáncer atendiendo a los asuntos relacionados con los factores de riesgo y el desarrollo de la enfermedad, así como con las implicaciones derivadas del tratamiento. Razón por la cual, las intervenciones están encaminadas a mejorar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de la persona (Holland, 2002, como se citó en: Taylor, 2007).

A pesar de que el cáncer, como en otras enfermedades crónico-degenerativas, se distinguen etapas, se ha encontrado que de manera general, la ansiedad se puede manifestar en cualquier momento. De hecho, es frecuente que los pacientes la experimenten a lo largo de todo el curso de la enfermedad neoplásica. Por ejemplo, algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme aumenta la gravedad de la enfermedad, sin embargo, cotidianamente se observa que aún en las primeras etapas o con pronósticos favorables, existen manifestaciones de ésta (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

De manera particular en el procedimiento de quimioterapia, Sirgo, Gil y Pérez-Manga (1999) han observado que los niveles de ansiedad que presentan los pacientes antes y durante la administración de los tratamientos juegan un papel importante en la exacerbación de síntomas comunes como las náuseas y los vómitos. Así, pacientes con niveles de ansiedad más elevados manifestarán tasas más altas de náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia.

Por otra parte, aunque algunos estudios sugieren que la ansiedad y la depresión experimentada durante el tratamiento no debería ser considerada patológica, algunos estudios reportan que existen niveles de ansiedad presentes en el tratamiento de quimioterapia que puede estar relacionado con malos resultados (Fernández et al., 2011). Alternativamente, se ha sugerido una relación causal entre el bienestar psicológico y el incremento de la expectativa de vida.

Existen diversos tratamientos psicológicos para manejar o incidir en las distintas implicaciones psicológicas de los pacientes oncológicos, y éstas varían de acuerdo al objetivo del tratamiento (Bernard y Krupat, 1994). Por ejemplo, en el caso de la disminución de la ansiedad, la relajación se ha considerado como una alternativa eficiente para disminuir los niveles de ansiedad de los pacientes, además de contrarrestar los efectos aversivos producidos por el procedimiento de quimioterapia. (Walker et al., 1999; Vasterling et al., 1993; Burish y Lyles, 1981). Por lo tanto, el objetivo general del presente trabajo es:

Objetivo General.

Determinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual, utilizando la técnica de relajación y psicoeducación, para el manejo de la ansiedad del paciente oncológico que se somete a tratamiento de quimioterapia por primera vez.

Objetivos Particulares

- El paciente conocerá en qué consiste el procedimiento de quimioterapia, sus efectos y cuidados de salud.
- El paciente se relajará antes de iniciar su tratamiento de quimioterapia.
- El paciente disminuirá sus niveles de ansiedad después del programa de intervención.

MÉTODO

Participantes: A través de un muestreo no probabilístico por cuotas, se realizó la investigación con cuatro pacientes adultos diagnosticados con cáncer vírgenes de tratamiento de quimioterapia, atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico y/o tratamiento psiquiátrico, intervenciones psicológicas anteriores relacionadas con el padecimiento oncológico, experiencias previas de quimioterapia.

Criterios de inclusión: pacientes con cualquier diagnóstico oncológico, en cualquier estadio de la enfermedad, ya sea que estén por recibir tratamiento adyuvante o neoadyuvante de quimioterapia. Hablen español.

Escenario: Cubículo de Psicooncología del Hospital Juárez de México.

Tipo de estudio y diseño: El presente estudio es de corte correlacional con un diseño cuasi experimental de caso único con réplica.

Instrumentos:

- Consentimiento informado: documento que describe de manera breve el procedimiento que se pretende realizar y en el cual el paciente aceptará formar parte de la investigación (Apéndice 1).

- Fichas de datos sociodemográficos: apartado donde se reportan datos con fines estadísticos (Apéndice 2).

- Lista checable: Listado de características del estado ansioso, que deberá ser contestada tanto por la enfermera como por el observador (Apéndice 3).

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger/Díaz-Guerrero, 1986). Con esta prueba se pretende medir dos dimensiones de

ansiedad: estado (se refiere a cómo se siente el paciente en ese momento), y Rasgo (cómo se siente generalmente). El inventario consta de veinte afirmaciones en las que se les pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente o en ciertas situaciones específicas. La confiabilidad de la escala A-Rasgo es relativamente alta, mientras que la de Estado suele tener una confiabilidad de .92-.94 aplicada después de una situación generadora de ansiedad y de .89 después de una técnica de relajación. Respecto a la validez, el coeficiente alpha suele ser más alto que 90 en muestras grandes (Spielberger y Díaz Guerrero, 1986).

Materiales: Hojas, lápices, cronómetro y termómetro digital.

Análisis de los datos

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para los datos sociodemográficos obtenidos, Y para los resultados relacionados con la ansiedad, se utilizó la prueba *t* de Wilcoxon con el propósito de identificar si había o no diferencias significativas antes y después de la intervención. Para ambos análisis, se utilizó el programa estadístico SPSS v.15.

PROCEDIMIENTO

a) Contacto y evaluación inicial

1. Cuando llegaron los pacientes que iniciaban su tratamiento de quimioterapia, a la sala de espera del Servicio de Oncología aproximadamente a las 7:00 am, se les invitó a participar en este estudio de manera informal, quien deseaba hacerlo se le invitaba a pasar a un consultorio del servicio de Oncología. En función del número de pacientes que llegaban el formato de la intervención se modificó ya que en ocasiones llegaba un solo paciente, y en otras llegaba más de uno; y por los tiempos establecidos de atención a los pacientes, no era posible realizar la intervención de manera individual.
2. Llenado de consentimiento informado, y explicación de este estudio (Apéndice 1).
3. Llenado de ficha con datos sociodemográficos por el investigador en conjunto con cada paciente (Apéndice 2).
4. La evaluadora llenó la lista checable de ansiedad del paciente (Apéndice 3).
5. Se le pidió al personal de enfermería que antes de la intervención midiera la temperatura corporal periférica y la frecuencia cardíaca de cada paciente.
6. Los pacientes resolvieron el IDARE, en caso de ser necesario se brindó ayuda por parte del evaluador.
7. Se valoró mediante el reporte verbal el nivel de ansiedad percibido por el paciente, haciendo uso de una escala subjetiva de ansiedad pidiéndole que en una escala del 0 al 10 reportara qué tan ansioso se sentía en ese momento, siendo 0 nada ansioso y 10 muy ansioso.

b) Intervención

La intervención fue realizada con apoyo de un psicólogo adscrito al Servicio de Oncología para asegurar la confiabilidad de la intervención.

Psicoeducación acerca del procedimiento de quimioterapia y su aplicación.

Se explicó al paciente acerca del procedimiento de quimioterapia. Se informó acerca de lo que sucedería en la sala de quimioterapia, cómo era el procedimiento, el reglamento del lugar y su duración. Se resolvieron dudas en caso de que existieran. Y se verificó que el paciente haya comprendido la información mediante verbalizaciones. Se les dijo lo siguiente:

“La quimioterapia es una de las formas más comunes de tratar el cáncer. Consiste en la introducción de un medicamento o la combinación de varios (dependiendo el tipo de cáncer) a la sangre, el cual nos va a ayudar a que se mueran esas células malas/defectuosas que nos están causando el cáncer.

Voy a explicarles un poco acerca cómo será esto. Van a entrar a una sala que está justo enfrente de donde estamos, les van a dar un asiento y les van a pedir que llenen un registro. También les tomarán la presión para ver si se encuentran bien. Después les van a dar sus medicamentos a cada uno y van a corroborar que efectivamente sea el medicamento que les indicaron. Posteriormente, los van a conectar al medicamento, es decir, a los que tienen el catéter les van a conectar el tubo que viene desde el medicamento y a los que no, los van a canalizar, es decir, se los van a poner en su mano, como un suero. Después de que conectaron el tubo con ustedes, van a dar paso al medicamento. Como cada quien tiene medicamentos diferentes pues el tiempo del procedimiento es diferente en cada uno. Puede durar dos horas a 3 horas Pueden dormir un rato, o ver la tele, leer un rato, o platicar si así lo desean Durante el procedimiento no sienten nada y la enfermera que ahí se encuentra tal vez le de algunas indicaciones. Su familiar podrá entrar cada hora a visitarlos brevemente.

Tal vez les hayan dicho muchas cosas sobre la quimioterapia, a cerca de las reacciones que pueden tener, que es horrible, etc. Y no negaré que hay

efectos secundarios, sin embargo, cada cuerpo reacciona muy diferente y así como hay gente que dice que ha sentido muchas cosas, pueden encontrarse con gente que dice que no siente nada.

Relajación

Se explicó brevemente para qué servía la técnica y los beneficios de la misma. Posteriormente, se realizó un ejercicio de respiración profunda en 10 repeticiones. Terminado éste, se procedió a realizar un ejercicio de relajación pasiva descrita por Schwartz y Haynes en 1974 (Bernard y Krupat, 1994) mediante la siguiente forma:

“Vamos a realizar un ejercicio que nos hará sentir más tranquilos. Primero vamos a hacer respiraciones profundas las cuales consisten en llenar de aire la parte de debajo de los pulmones, o sea el vientre, no el pecho, estas respiraciones nos sirven para oxigenar nuestro cerebro ya que muchas veces por las prisas, respiramos pero no lo hacemos bien y no se llenan nuestros pulmones. Después, vamos a hacer un ejercicio para relajar nuestro cuerpo, a través de las instrucciones que yo les voy a ir dando, ustedes van a ir notando como se van sintiendo más tranquilos. Para esto, necesito que se pongan cómodos en la silla, si traen algo que les apriete pueden quitárselo con confianza, que cerremos los ojos, si no pueden cerrarlos traten de mantener su vista en un punto fijo.”

Primero comenzaremos a respirar profundo. Inhalamos por la nariz y exhalamos por la boca. Al inhalar, llevamos el aire a nuestro vientre o estómago, no a los pulmones. Cuando inhalamos, sentimos como se infla nuestro vientre como un globo y cómo se desinfla cuando exhalamos. Sentimos como el aire entra a todo nuestro cuerpo, y como ésta sola acción hace que nuestro corazón vaya más despacio (se realiza un modelado y se verifica que los pacientes logren realizarla).

Después de aprender a respirar, vamos a llevar la concentración a la mano derecha. Siéntela, nota su forma, su volumen, su peso y su temperatura. Incluso

se puede percibir la sutil vibración u hormigueo de la circulación de la sangre por su interior. Vamos sintiendo que es más pesada. Percibe ahora tu antebrazo, codo, brazo y hombro derecho. Siente esa zona de tu cuerpo. Concéntrate. Dese cuenta como se relaja esa zona simplemente al mantener tu atención sobre ella. Lleve ahora su concentración a la mano, brazo y hombro izquierdo y repite el mismo proceso. Compare los dos brazos y llévelos al mismo nivel de relajación. Ambos los puede percibir en el estado más completo de relajación muscular. Tan pesados... como si estuviesen hechos de plomo... Tan relajados...Sienta los hombros, el cuello y la nuca. Centre toda su atención ahora en esta zona. Sienta como se afloja y note de manera clara el peso de su cabeza. Al relajar la nuca y el cuello experimenta la sensación de cómo si su cabeza se abriese, se liberase de todo tipo de tensión. Suelte ahora su mandíbula... los labios... Sitúe la punta de la lengua en la parte alta del paladar. Sienta y afloje las mejillas... la nariz... los párpados y los ojos. Imagínese que los ojos flotan en un líquido y por tanto no siente la menor tensión en ellos. Ablande y alisa tu frente y todo el cuero cabelludo...Compruebe como toda tu cabeza se ha quedado en el más completo estado de relajación...La siente tan pesada que la deja caer. Repase y compare el nivel de relajación de tus manos, brazos, hombros y cabeza...Ahora sienta en el pecho su ritmo respiratorio... el pecho se expande y se contrae... Perciba los ligeros movimientos en las costillas y en el abdomen... como suben y bajan... Note los latidos de su corazón... No trate de influir en su ritmo respiratorio, simplemente lo nota. Toda esta zona se va relajando y usted lo percibe...Deje que los músculos de tu abdomen pierdan su tensión. Deje que se suelten y aflojen...Revise toda su columna desde el cuello hasta el sacro. Está aflojada y con ella toda su espalda... note como se ablanda, se "abre"... Sienta como le abandona toda la tensión. Lleve su mente a la cadera... si experimenta alguna tensión en esta zona, simplemente al concienciarla va desapareciendo hasta alcanzar un estado de relajación completa. Pase ahora a los glúteos y piernas. Perciba estos grandes músculos, ahonde su atención en ellos hasta que note como se aflojan... los muslos... las rodillas... las pantorrillas...Centre su atención en los tobillos... y los pies... Afloje con su simple atención las plantas... los empeines... los talones... y los dedos de

los pies. Descubra ahora en sus piernas la sensación de gran pesadez... como si estuvieran hechas de plomo... Compare sus dos piernas con sus dos brazos y observa como disfrutan de igual nivel de relajación. Concéntrese en sus cuatro extremidades, brazos y piernas, hasta que las lleve a nivel más profundo de relajación que se pueda imaginar. Extienda esa sensación a todo su cuerpo y sienta como éste se hunde en la más profunda y completa relajación. Todo su cuerpo está pesado, como cuando nos quedamos dormidos. Nuestro ritmo cardíaco ha disminuido, nuestra respiración es más lenta...

Ahora vamos a tratar de regresar. Poco a poco empezamos a dejar de sentir nuestro cuerpo pesado, comenzamos a mover las manos lentamente, respiramos profundo, movemos los dedos de los pies y comenzamos a regresar a nuestra postura original. Ahora poco a poco comenzamos a abrir los ojos para que no nos lastime la luz.

c) Evaluación final

1. Al terminar el ejercicio, se le preguntó al paciente cómo se sentía después de la relajación (reporte verbal libre).
2. Nuevamente, se valoró mediante el reporte verbal el nivel de ansiedad percibido por el paciente, haciendo uso de una escala subjetiva de ansiedad pidiéndole que en una escala del 0 al 10 reportara qué tan ansioso se sentía en ese momento, siendo 0 nada ansioso y 10 muy ansioso.
3. El personal de enfermería, midió la temperatura corporal periférica y la frecuencia cardíaca nuevamente.
4. La evaluadora llenó de nuevo la lista checable de ansiedad.

RESULTADOS

Participaron en total 4 pacientes cuya edad promedio fue de 56.5 años, siendo todos del sexo femenino. La escolaridad promedio fue de 8 años; respecto al estado civil, dos de ellas eran casadas, una divorciada y una viuda. En lo referente a la ocupación, dos eran amas de casa, una vendedora y la otra maestra de computación. La religión que profesaban en todos los casos fue católica. De las cuatro participantes, dos habían sido diagnosticadas con cáncer de colon, una con cáncer de estómago y una con linfoma. Tres de ellas habían tenido cirugía previa. Por lo cual, el tipo de quimioterapia que recibían tres de ellas era adyuvante, mientras que una recibía quimioterapia neoadyuvante. El promedio de tiempo de diagnóstico fue de 2 meses 1 semana. Todas las participantes iban acompañadas de un familiar el día de la quimioterapia. A continuación se presentan los resultados obtenidos por los 4 participantes durante el procedimiento.

La figura 1, muestra la temperatura corporal periférica tomada antes y después del programa de intervención. En todos los casos hubo disminución, variando ésta de 0.1° a 0.5°; La probabilidad asociada a estos cambios con la prueba de Wilcoxon fue de $p < 0.05$ ($p = 0.68$), lo cual nos dice que a pesar de que hubo diferencias, éstas no fueron significativas.

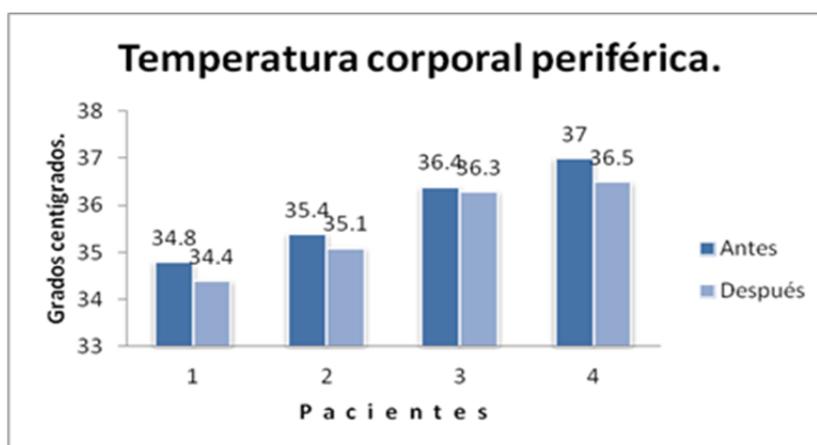


Figura 1. Temperatura Corporal Periférica de las pacientes antes y después de la intervención.

En la figura 2 se muestran las pulsaciones por minuto tomadas antes y después de la intervención. Podemos observar que sólo en el caso 2 se mantuvo la frecuencia cardíaca. En los otros tres casos disminuyó de 5 a 20 pulsaciones por minuto. Sin embargo, la probabilidad asociada a estos cambios con la prueba de Wilcoxon fue de $p < 0.05$ ($p = 0.109$) es decir, que las diferencias entre el antes y el después no fueron significativas.

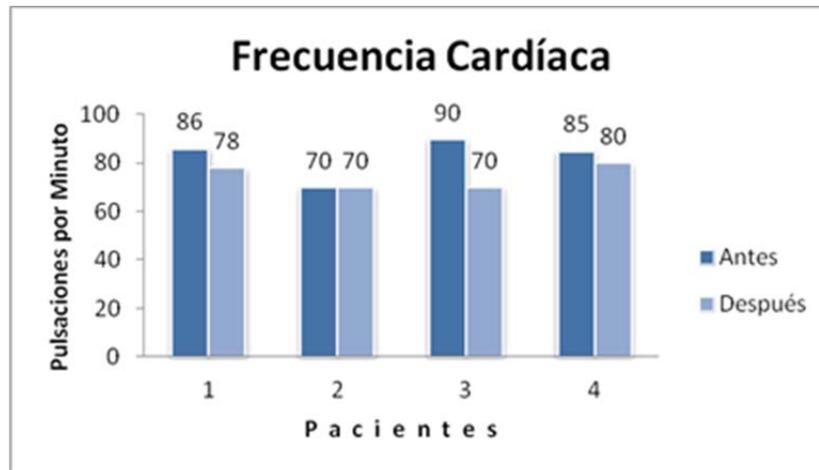


Figura 2. Frecuencia Cardíaca (pulsaciones por minuto) de cada paciente antes y después de la intervención.

La figura 3₁ muestra la frecuencia total de presentación de cada una de las 10 conductas ansiosas de la lista checable, en todas las participantes antes y después de la intervención. Se puede observar que las conductas más presentes antes de la intervención eran el nerviosismo (50%), la inquietud (50%), la dificultad para respirar (50%) y la tensión muscular (50%). Después de la intervención, las conductas presentes sólo eran la tensión muscular (50%) y las quejas no verbales (25%). Por otra parte, a pesar de que hubo diferencias antes y después de la intervención, éstas no fueron significativas ya que la probabilidad asociada a estos cambios con la prueba de Wilcoxon fue de $p < 0.05$ ($p = 0.059$).

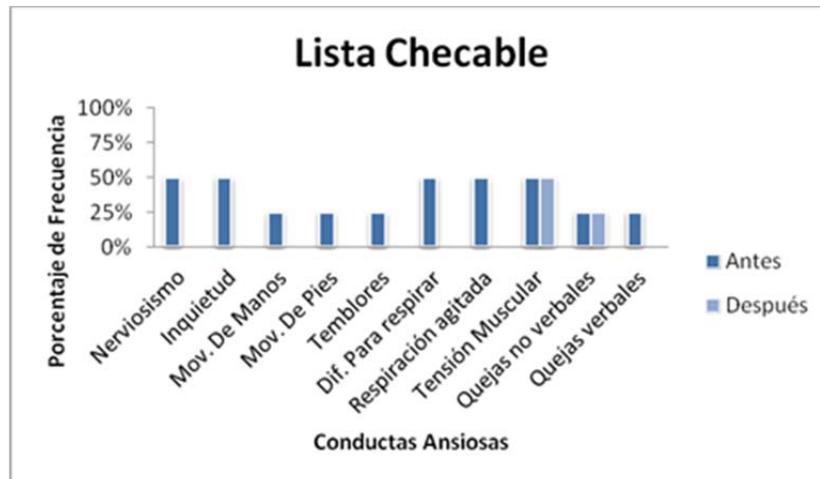


Figura 3. Porcentaje de frecuencia de presentación de Conductas Ansiosas en todas las participantes..

En la figura 4, se muestran el conteo general de conductas de ansiedad presentadas antes y después de la intervención obtenidas de la lista checable de ansiedad. En todos los casos la cantidad de conductas ansiosas disminuyeron notablemente; desde el 50% hasta el 100%.

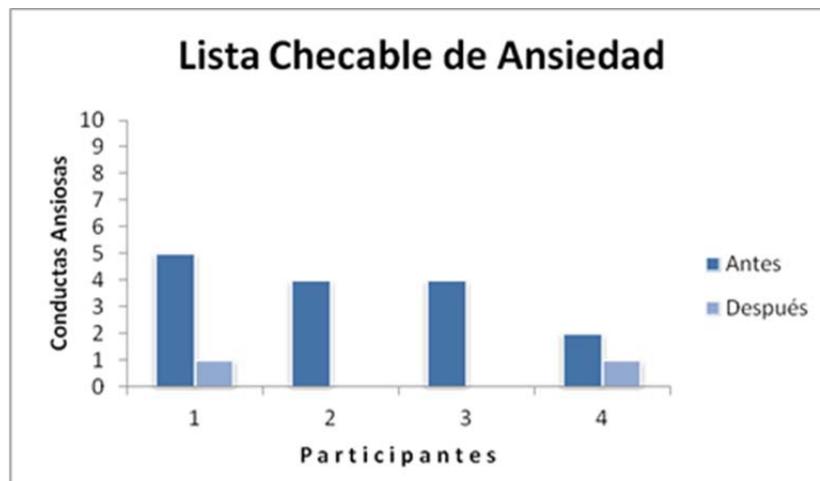


Figura 4. Número de conductas ansiosas presentadas por cada paciente antes y después de la intervención.

Los puntajes proporcionados por los participantes en la escala subjetiva de ansiedad antes y después de la intervención se pueden apreciar en la figura 5. En los casos 1, 3 y 4 disminuyó la percepción de ansiedad percibida por el propio participante. Sólo en el caso dos aumentó. Se realizó una prueba de Wilcoxon

donde la probabilidad asociada a estos cambios fue de $p < 0.05$ ($p = 0.131$) lo cual nos dice que las diferencias entre el antes y después no fueron significativas.

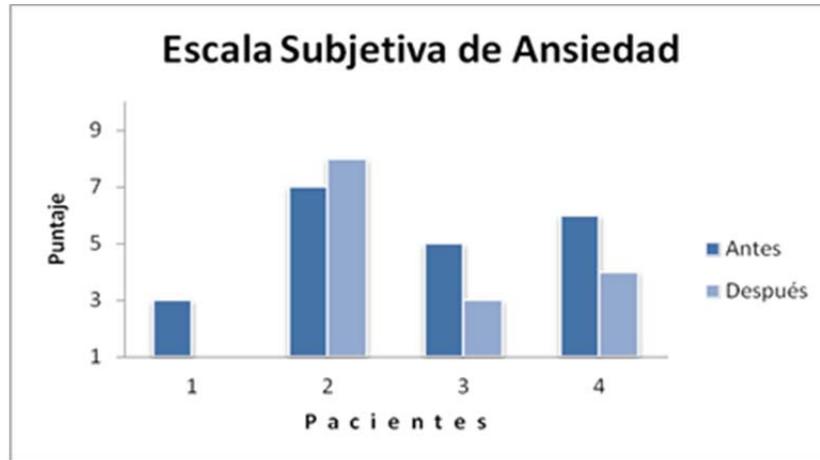


Figura 5. Puntajes obtenidos en la escala subjetiva de ansiedad por cada paciente antes y después de la intervención.

En la figura 6, se muestran los puntajes obtenidos en el IDARE aplicado antes de la intervención. Podemos observar que a excepción del participante 1, todos manejan niveles de ansiedad interpretados como altos, tanto en estado como en rasgo. Solo la participante 2 presentaba mayor ansiedad de estado que de rasgo, mientras que los demás participantes tuvieron mayor ansiedad de rasgo que de estado.

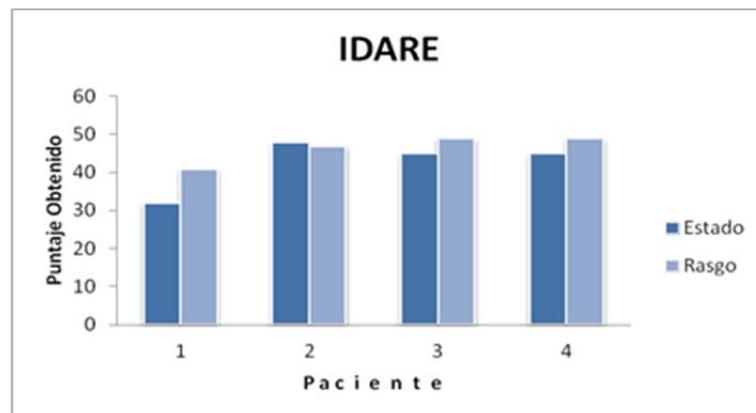


Figura 6. Puntajes obtenidos por cada una de las pacientes en el IDARE.

Por otra parte, en la tabla 3 se muestran los reportes verbales de cada uno de los participantes obtenidos inmediatamente después de la intervención. Todos los pacientes reportaron sentirse más tranquilas, sin embargo, se debe señalar que la participante 2 a pesar de reportar sentirse más tranquila, esto no se observó ni verificó con la lista checable.

Participante	Reporte Verbal
1	<i>“Si me siento más tranquila de cuando llegué. Más relajada. Si sirvió lo que hicimos.”</i>
2	<i>“Pues me siento un poco más tranquila aunque si me da miedo”</i>
3	<i>“Me siento mucho más tranquila. Si sentí como la respiración y el ejercicio me iban tranquilizando. Si estaba muy como alterada por que si me da nervios pero ahora si me siento mejor y ya estoy lista.”</i>
4	<i>“Si me sentí más tranquila y relajada; solo me duele la cintura pero es porque la silla está dura.”</i>

Tabla 3. Reportes verbales de las pacientes obtenidos después de la intervención.

CONCLUSIONES

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que causa el 13% de las muertes a nivel mundial (OMS, 2011). Además del deterioro físico que padece la persona provocado por la misma enfermedad, se enfrenta a una serie de padecimientos psicológicos tales como los trastornos adaptativos, depresión y ansiedad que pueden llegar a afectar su calidad de vida. Específicamente, la ansiedad es un problema que tiene mayor prevalencia en pacientes con cáncer (del 18- al 28% de los pacientes), además de que se encuentra en varias etapas de la enfermedad; por lo que es importante implementar una intervención psicológica.

Las estrategias de intervención psicológica traen consigo beneficios potenciales en los pacientes con cáncer (Newell, Sanson y Savolainen, 2002) y dentro de los tipos de intervenciones más utilizadas destacan las derivadas del modelo cognitivo-conductual (Bravo, 2010).

Entre las técnicas del modelo cognitivo conductual que son aplicadas a los pacientes con cáncer están (1) el entrenamiento en relajación, (2) solución de problemas, (3) habilidades de enfrentamiento, (4) reestructuración cognitiva, (5) técnicas conductuales, entre otras (Bernard y Krupat, 1994). Asimismo, las problemáticas más intervenidas por dicho modelo son: las náuseas y vómitos anticipatorios, dolor, insomnio, disforia, anorexia, disfunciones sexuales y temor o miedo intenso (Borda et al., 2000).

Por tal motivo, el objetivo fue determinar los efectos de una intervención cognitivo conductual, utilizando la técnica de relajación pasiva y la psicoeducación para el manejo de la ansiedad de pacientes oncológicos que se someten al tratamiento de quimioterapia por primera vez.

Los resultados reportados en el presente estudio efectivamente nos muestran un decremento en los niveles de indicadores de ansiedad de las pacientes en todos los sentidos. Sin embargo, los resultados obtenidos en los

análisis estadísticos (*t* de Wilcoxon) indican que en ninguno de los casos hubo diferencias significativas en los niveles de ansiedad antes y después la intervención psicológica, a diferencias de los estudios donde sugieren que las técnicas de relajación y psicoeducación producen una disminución estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad –y el algunos estudios también en los niveles de depresión- y reducen los efectos secundarios de la quimioterapia en los pacientes con cáncer (Lugo et al., 2006; Walker et al., 1999; Vasterling et al., 1993; Burish y Lyles, 1981),

Uno de los motivos por lo que esto pudo haber ocurrido es que posiblemente los niveles de ansiedad de las pacientes estaban dentro del promedio (por ejemplo, en los datos del IDARE-estado) lo cual nos indica que no eran lo suficientemente altos como para disminuirlos o que las estrategias para valorarlo, no fueron lo suficientemente sensibles.

Esto podría mejorar haciendo una entrevista clínica previa a la intervención, para conocer mejor el estado de los pacientes antes de la quimioterapia; además de realizar un seguimiento y así medir no sólo la ansiedad, sino también la depresión, trastornos adaptativos y los efectos secundarios del procedimiento tales como la caída del cabello, las náuseas y vómitos anticipatorios, el abandono del tratamiento, entre otros. Respecto a los instrumentos de medición, se sugiere aumentar la confiabilidad incrementando el número de evaluadores y observadores de los indicadores de ansiedad; además de cambiar el instrumento de medición (IDARE) por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Lugo et al., 2006; Restrepo et al., 2005; Sirgo, et al., 2000)

Haciendo un análisis de cada participante, llama la atención, los datos obtenidos de la paciente 2, los cuales, fueron diferentes a los de las demás participantes. Durante la intervención la paciente reportó dificultad para concentrarse, cerrar los ojos y para realizar la respiración profunda, no seguía instrucciones. En los resultados, no existe mucha diferencia entre los datos obtenidos antes y después de la intervención. En el IDARE es un poco más alto su

puntaje en la ansiedad de estado que de rasgo. Incluso en el reporte verbal, ella menciona que aún hay miedo en ella, a comparación de las demás que reportaban sentirse más tranquilas. Lo anterior, nos sugiere que tal vez esta paciente necesitaba un tipo de atención psicológica diferente.

No obstante, aunque los resultados no hayan sido significativos estadísticamente, podemos decir que lo fueron clínicamente. Incluso no se puede dejar de lado los reportes verbales de las pacientes posteriores a la intervención, los cuales nos indican que si hubo un decremento en los niveles de ansiedad y en consecuencia un aumento de la sensación de bienestar.

En general, se sugiere que para próximas investigaciones se aumente el tamaño de la muestra para aumentar la variabilidad de los datos y que se realice un seguimiento para determinar a mediano y largo plazo, si es que la intervención tuvo algún efecto, así como una posible comparación con aquellas que no han recibido alguna intervención psicológica. Por último, independientemente de las cuestiones metodológicas, en México específicamente se sugiere promover como necesaria la presencia del psicólogo en el ámbito hospitalario debido a que los aspectos psicológicos de la enfermedad son de suma importancia en el desarrollo de la misma, y el no atenderlos puede afectar en la calidad de vida del paciente. También se sugiere realizar más investigaciones que nos permitan determinar en qué medida las intervenciones cognitivo-conductuales son eficaces para los pacientes oncológicos mexicanos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- Amigo, I., Pérez, M. & Fernández, C. (1998) *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Ballesteros, M., Cruzado J., Lozano, A. & Sánchez, P. (2005) Evaluación y tratamiento psicológico de un caso de cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo. *Psicooncología*. 2 (1). Pp. 139-148
- Becoña, E., Oblitas, L. & Vázquez, F. (2000) *Psicología de salud*. México: Plaza y Valdés.
- Beltrán, A. (2003) La cirugía en el cáncer. En: R. Pérez (comp) *El Cáncer en México*. México: Colegio Nacional. Pp. 315-323.
- Bernard, L. & Krupat, E. (1994) *Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness*. Harcourt Brace College Publications.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. España: ITES-Paraninfo
- Bravo, M. (2010) Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 13 (3). Pp. 64-82.
- Buela-Casal, G., Bueno, A. & Mas, B. (2000) *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Ed. Dy Kinson.

- Borda, M., Pérez, M. & Blanco, A. (2000) *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Pp. 112-117.
- Burish, T. & Lyles, J. (1981) Effectiveness of Relaxation Training in Reducing Adverse Reactions to Cancer Chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (1). Pp. 65-78
- DeVita, Hellman & Rosenberg (2011) *Cancer principles & practice of oncology*. Philadelphia: Walters Kluwer Health.
- Feldmerer, J. (1997) Radiación oncológica. En: G. Weiss (editor) *Oncología Clínica*. México: Manual Moderno. Pp. 286-398.
- García, M. (2003) La radioterapia en el cáncer. En: R. Pérez (comp) *El Cáncer en México*. México: Colegio Nacional. Pp. 341-353.
- Golden, W., Gersh, W. & Rubbins, D. (1992) Psychological treatment of Cancer Patients. A cognitive-behavioral approach. *Massachusetts: Psychological Practitioner Guidebooks*.
- Hernández, L. (2003) Náuseas y vómitos anticipatorios en pacientes expuestos a quimioterapia y condicionamiento pavloviano. *Revista electrónica de Psicología*. 1 (1). Pp. 1-8.

Huñis, A. (2008) Principios generales de tratamiento médico. En: A. Huñis, D. Alonso & D. Gómez (comp) *Introducción a la oncología clínica*. Universidad Nacional de Quilmes. Pp. 11-59.

Instituto Nacional de Cáncer (2010) Tomado el 28/08/2012 de:
<http://www.cancer.gov/espanol/tipos>

Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática (2013) *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. Recuperado de: de:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?s=inegi&c=2781&ep=51>

Jasnoski, M., & Schwartz, G. (1985). Asynchronous systems model for health. *American Behavioral Scientist*, 28(4), 468-485.

López, F., González, C., Santos, J. & Sanz, A. (1999) *Manual de oncología clínica*. España: Universidad de Valladolid.

Méndez, F. & Macia, D. (1994) Evaluación de los problemas de ansiedad. En: R. Fernández-Ballesteros (comp) *Un enfoque para el cambio en psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide. Pp. 437-451.

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C. & Alfonso JC. (2005) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5/6): Pp. 353–61.

Newell S.A., Sanson-Fishe, R., Savolainen, N. (2002) Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 94 (8) pp. 558-584

Nieto, J., Abad, M., Albert, M. y Arreal, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: Edimar. Pp. 252-255.

Oblitas, L. (2004) *Manual de Psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Psicom Editores.

Organización Mundial de Salud (2011) Cáncer. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Pérez, R. (Comp.) (2003) *El cáncer en México*. México: Colegio Nacional.

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005) *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rico, J., Restrepo, M. & Molina, M. (2005) Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. 3 (1) Pp. 73-86.

Rimm, D. & Master, J. (1993) *Terapia de la conducta. Técnicas y Hallazgos empíricos*. México: Trillas.

- Rojas-May, G. (2006) Estrategias de Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condesa*. 17(4) pp. 194-197.
- Rodríguez, H. (2003) Variedades de cáncer. En: R. Pérez (comp) *El Cáncer en México*. México: Colegio Nacional.
- Rubin, P., Williams, J., Okunieff, P., Rosenblatt, J., Sitman, J. (2003) Situación del problema oncológico clínico. En: Rubin, P. (comp) *Oncología Clínica*. Madrid: Elsevier España. Pp. 12-45.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal, el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Senra, A. (2002) *El cáncer. Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*. España: Ed. Harcourt.
- 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. *Psicologia.COM [Online]*, 3 (3), Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_6.htm
- Spielberger, C. & Díaz-Guerrero, R. (1986) *Inventario de Ansiedad de Rasgo y Estado*. Madrid: El Manual Moderno SA. De CV.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978.). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (3), 249-251.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. Bogotá: McGraw-Hill.

- Vaccaro, Y. & Ramírez, M. (2005) Trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 51 (105) pp. 1-12.
- Vaderrama, P., Carbellido, S. y Domínguez, B. (1995) Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con Cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27 (1). Pp. 73-86
- Vasterling, J., Jenkins, R., Tope, D. y Burish, T. (1993) Cognitive Distraction and Relaxation Training for the Control of Side Effects Due to Cancer Chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*. 16 (1) pp. 65-80.
- Walker, L., Walker, M., Ogston, K., Heys, S., Ah-See, A., Miller, I., Hutcheon, A. Sarkar, T. y Ermin, O. (1999) Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *British Journal of Cancer*. 80 (1-2) pp. 262-268.
- Zinser, J. (2003) Quimioterapia y Cáncer. En: R. Pérez (comp) *El Cáncer en México*. México: Colegio Nacional.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

ANEXO 2. Hoja de datos sociodemográficos

ANEXO 3. Lista Checable de Ansiedad.

1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



A quien corresponda:

La información que le será proporcionada a continuación le ayudará a conocer en qué consiste la siguiente investigación, con el fin de que usted decida participar o no. En dado caso de aceptar, usted acepta participar voluntariamente y está en libertad de retirarse en cualquier momento que usted lo decida sin alguna sanción.

La investigación a realizar, tiene por objetivo incrementar su sensación de bienestar a lo largo del tratamiento de quimioterapia mediante algunas técnicas realizadas antes de su primera sesión de quimioterapia. El procedimiento tiene una duración de 1 hora aproximadamente.

La información que usted nos proporcione es absolutamente confidencial y le aseguramos que su nombre no se mencionará en los hallazgos de la investigación, ya que los datos obtenidos solo son con fines estadísticos para un trabajo de titulación en la licenciatura de Psicología.

Cualquier duda, puede sentirse con la libertad de preguntar al psicólogo encargado al teléfono que aparece debajo.

Gracias por su atención.

Psic. Lluvia Gabriela González García.

Firma y Nombre del Paciente

Nombre y firma de Testigo

2. Ficha de datos socio-demográficos.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo _____ Estado civil: _____

Lugar donde vive: _____

Escolaridad: _____ Ocupación _____ Religión _____

Antes: Temperatura corporal periférica: _____ Frecuencia Cardíaca: _____

Después: Temperatura corporal periférica: _____ Frecuencia Cardíaca: _____

Diagnóstico oncológico:

Etapas Clínicas:

Tratamiento oncológico previo:

Antecedentes familiares patológicos:

Tipo de QT: adyuvante/neoadyuvante:

Tiempo de Dx:

Recibió folleto de QT:

Acude acompañada de familiar: si no Quién: _____

3. Lista Checable de Ansiedad.

Antes:

Nervioso (a)	SÍ	NO
Inquietud		
Movimiento de manos		
Movimiento de pies		
Temblores		
Dificultades para respirar		
Respiración Rápida		
Tensión en cuerpo		
Quejas no verbales (gestos, gemidos, etc.)		
Quejas verbales.		

Después:

Nervioso (a)	SÍ	NO
Inquietud		
Movimiento de manos		
Movimiento de pies		
Temblores		
Dificultades para respirar		
Respiración Rápida		
Tensión en cuerpo		
Quejas no verbales (gestos, gemidos, etc.)		
Quejas verbales.		