



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

*Manejo Cognitivo Conductual y Psicofisiológico en pacientes
con cáncer de mama*

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE**

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

Aime Edith Martínez Basurto

DIRECTOR DEL REPORTE:

Dr. Juan José Sánchez Sosa

REVISORES :

Dra. Angélica Riveros Rosas

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mtro. Fernando Vázquez Pineda

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

El presente estudio fue posible gracias al Programa de Apoyo
para la Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN303907

MÉXICO, DF.

Mayo 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

*A la UNAM, y en especial a la **Facultad de Psicología** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.*

*Al **Dr. Sánchez Sosa** por haber creído en mí y por enseñarme lecciones importantes para ejercer mi profesión de manera responsable. También reconozco ampliamente, que a pesar de que es un psicólogo tan reconocido, es la persona más amable, diplomática y sencilla que conozco, y estas cualidades son la mejor prueba de su grandeza. Gracias por todo.*

*A mi **Familia**, por confiar en mí y apoyarme día con día en las decisiones que tomo, ustedes son lo más valioso que tengo y han sido partícipes de todos los obstáculos y triunfos que se han presentado a lo largo de mi formación profesional.*

*A mis **Compañeros de generación**, por compartir tantas locuras y hacer que la maestría fuera un espacio de aprendizaje, convivencia, diversión y compañerismo. Es grato haber pertenecido a una generación con psicólogos tan buenos como ustedes.*

*A mis compañeros del "**Grupo de Cáncer**", por compartir este proyecto a lo largo de estos años y por haberme dado la oportunidad de conocerlos y reconocer lo profesionales que son ejerciendo la psicología.*

INDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
 <i>“Características del Cáncer y Cáncer de mama”</i>	
Etiología del Cáncer	5
Epidemiología del cáncer	5
Epidemiología del cáncer de mama	6
 <i>Características del Cáncer de mama</i>	
Etiología	8
Factores de riesgo	8
Detección y Diagnóstico	9
Tratamiento	11
 <i>Impacto psicológico</i>	
Principales problemáticas en el Diagnóstico y Tratamiento	14
Cirugía	17
Quimioterapia	19
Radioterapia	22
Intervenciones psicológicas	24
 <i>Método</i>	
Análisis Estadísticos	32
Conclusiones y Discusión	53
Referencias	73
Anexo 1 “Consentimiento Informado”	80
Anexo 2 “Inventario de Calidad de Vida y Salud”	91
Anexo 3 “Inventario de Beck. BDI”	93
Anexo 4 “Inventario de Beck. BAI”	103
Anexo 5 “Bitácora clínica”	106
Anexo 6 “Folleto de Psicoeducación”	108
Anexo 7 “Entrevista Corta”	110
	115

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar los efectos de dos tipos de intervención: Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Retroalimentación Biológica (RAB) sobre la ansiedad, depresión, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología. Participaron 111 pacientes con edad promedio de 48 (DT= 8.8). La calidad de vida se midió con el "Inventario de calidad de vida y salud" (InCaViSa; Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009), la ansiedad se evaluó con la versión calibrada para población mexicana del "Inventario de ansiedad de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). La depresión se midió con una versión calibrada para población mexicana del "Inventario de depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory*, BDI; Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). El estudio incluyó un diseño con medidas pre-post y seguimiento a uno y 3 meses. Los resultados revelaron que la calidad de vida mejoró en diversas áreas y que esta mejoría se mantuvo a lo largo de los seguimientos. En contraste, las participantes del grupo en RAB mostraron una leve mejoría en Funciones cognitivas, Tiempo libre, Vida cotidiana, Dependencia médica y Desempeño físico. Aunque ambas intervenciones mejoraron significativamente la depresión, las del grupo en TCC la redujeron a niveles mínimos después de la intervención y las del grupo en RAB se mantuvieron en niveles leves. Ambas intervenciones redujeron la ansiedad, no obstante, el grupo en RAB no logró mantener esta mejora durante un segundo seguimiento. En conclusión, si bien todas las pacientes se beneficiaron por ambas intervenciones, aquéllas que recibieron TCC mostraron una mejoría significativa de síntomas y habilidades en las diferentes áreas evaluadas durante el posttest y ambos seguimientos.

Palabras clave: crónico, cáncer, conducta, emoción, cognición, mujeres

Abstract

The purpose of the present study was to examine the effects of two types of intervention: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Biofeedback (BFB) on Quality of Life, coping, anxiety and depression of breast cancer patients. A total of 111 patients from Mexico's National Cancer Institute participated. Quality of Life was measured through the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa for its initials in Spanish: Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009). Anxiety and depression were measured through the Spanish-validated versions of the Beck inventories (anxiety: Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001; and depression: Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). The study was conducted through a format including pre-post measures, and two follow-up measures at one and three months after treatment. Results revealed that Quality of Life improved in several areas and this improvement persisted at both follow-up periods in the CBT condition. In contrast, participants under the BFB condition showed a slight improvement in cognitive functioning, enjoyment of leisure time, everyday life, medical dependence and physical performance. Although both interventions improved depression levels significantly, while the CBT participants showed reductions toward the minimal (category) level the BFB participants did so only toward the mild category level and their improvement was not maintained at the second follow-up period. Thus, all patients benefited from either intervention but those treated with CBT showed higher improvement and both clinical and statistically significant longer-lasting effects.

Key words: chronic, cancer, behavior, emotions, cognition, women.

Introducción

De entre las enfermedades crónicas que conforman el panorama epidemiológico contemporáneo, el caso del cáncer ha cobrado especial relevancia por sus altos índices de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Esto se aplica en particular al cáncer mamario, ya que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud, especialmente en la población femenina.

Esta problemática de salud implica retos por su avance y aparición incontrolable, por lo que notables esfuerzos se han centrado en desarrollar estrategias tecnológicas capaces de detectarlo y combatirlo. Si bien se han logrado avances importantes en cuanto a la expectativa de vida de estas pacientes, los efectos colaterales, incluso de los nuevos esquemas de tratamiento continúan dañando y deteriorando su calidad de vida.

Aunado a estos problemas es importante detallar que la enfermedad del cáncer para la mayoría de los pacientes, es un tópico totalmente desconocido, y además de carecer de la información carecen de las habilidades suficientes, para enfrentar el padecimiento de manera exitosa. Es por eso que se vuelve relevante, no sólo desarrollar tecnologías dirigidas a disminuir la incidencia y avance del cáncer mamario, sino que también es indispensable desarrollar y proveer a las pacientes y sus allegados con habilidades que fomenten un mejor cuidado de la salud tanto para

prevenir como para llevar un mejor control de la enfermedad. La psicología ofrece, en efecto, diversas opciones para contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables que impactan de manera directa o indirecta sobre el bienestar físico y psicológico de los enfermos. Dado lo anterior, en el presente trabajo, se describe en primera instancia, la manera en la cual una paciente que padece cáncer de mama se ve impactada física y psicológicamente por el padecimiento, y posteriormente se describen intervenciones psicológicas que busca mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

En el primer capítulo, se abordarán tópicos relacionados con el cáncer de mama, abarcando desde su definición, epidemiología y etiología hasta las consecuencias psicológicas que produce tanto el diagnóstico como su tratamiento. Esto con la finalidad de hacer énfasis en los principales problemas que enfrentan las mujeres cuando padecen cáncer mamario, y reconocer el sufrimiento físico y psicológico que acompañan a la enfermedad y su tratamiento.

En los capítulos subsecuentes se expone la metodología del presente trabajo, así como, los principales hallazgos y, finalmente se presentan las conclusiones y discusión de la investigación, a la luz de los resultados más importantes.

“Características del Cáncer y Cáncer de mama”

Etiología del Cáncer

El cáncer es un padecimiento crónico degenerativo que comprende un grupo de enfermedades caracterizado por un crecimiento anormal y descontrolado de las células, causado tanto por factores externos (tabaco, químicos, radiaciones, organismos infecciosos) como de factores internos (herencia, hormonas, condiciones inmunes y mutaciones que coinciden con cambios en el metabolismo). Estos factores pueden actuar juntos o en secuencia y así iniciar o promover la carcinogénesis (Herrera, Granados y De la Garza, 2006).

Epidemiología del cáncer

Dentro del panorama mundial, el cáncer ha destacado de entre las enfermedades crónico-degenerativas por sus altos índices de morbilidad y mortalidad, lo que ha provocado entre otros factores que se convierta en un problema de salud pública. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre cáncer (IARC) de la OMS (2008), el cáncer de mama es la neoplasia más común pues en el 2008 se registraron 715 000 nuevos casos en países desarrollados, mientras que en países en vías de desarrollo se estimaron 577 000 casos. Esta misma fuente señala que, en cuanto a mortalidad el cáncer mamario es

la causa más común de muertes por cáncer en mujeres con un aproximado de 411 000 decesos anuales. Además, se prevé que entre 2007 y 2030 el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones a 15.5 millones. Asimismo el número de decesos durante este periodo, aumentará un 45 % en el mundo. Por otra parte, las cifras de la American Cancer Society [ACS] (2009) muestran que en Estados Unidos se estimaron 254, 650 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres y 40,710 decesos.

En México, de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas [RHNM] (2003) se registraron 110.094 casos de cáncer, de éstos, 38.193 fueron en hombres y 71.091 para mujeres. El cáncer que tiene mayor incidencia es el de piel con 14.317 casos, seguido por el de mama con 12.488 y el de cuello uterino con 9.227. Los tipos de cáncer que resultan ser más agresivos y mortales son el de pulmón, el cual generó 6.754 muertes, estómago con 5.201 e hígado con 4.764 muertes.

Epidemiología del Cáncer de mama

De manera más específica, en México el cáncer de mama tiene una mayor incidencia en la población femenina, pues de acuerdo al RHNM en el 2003 se presentaron 12.433 casos. La cifra incrementó durante el 2007, ya que se calcularon cerca de 178.480 nuevos casos diagnosticados de cáncer de mama y el número de muertes estimado fue de 40.460 casos (OMS, 2008).

La prevalencia estimada es de 2.4 millones de casos, incluyendo mujeres en remisión, y otras que están bajo tratamiento (Rizo et al. 2007).

En esta misma línea, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010), a partir del 2006 el cáncer de mama ocupa, en México el primer lugar como causa de muerte en mujeres, con un incremento importante en los casos de cáncer en el periodo comprendido de 2004 a 2007.

Por último, cifras aportadas por el Instituto Nacional de Cancerología [INCan] refieren que el cáncer mamario fue el más diagnosticado entre mujeres desde el 2004 hasta el 2007 con 3395 casos (17.6%) siendo el de mayor frecuencia en mujeres entre 30 y los 70 años de edad (Rizo et al. 2007).

Así, distintas fuentes de información estadística apuntan en la misma dirección de un incremento en los casos nuevos de cáncer de mama en México y el mundo, y se prevé que la pendiente de morbilidad y mortalidad en esta neoplasia vaya en aumento año tras año. En este contexto es importante considerar al cáncer de mama como un problema de relevancia social que además de impactar las estadísticas mundiales deteriora gravemente la calidad de vida (CV) de las personas que lo padecen y también es necesario mejorar la comprensión de cómo dicha

neoplasia altera la vida de la mujeres conjuntamente con la naturaleza de la enfermedad.

Características del cáncer de mama

Etiología

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido y algunas veces forman un bulto, también llamado tumor. En general los tumores pueden ser benignos o malignos; la diferencia estriba en que los primeros están formados por células de aspecto normal, y carecen de la capacidad de invadir tejidos circundantes y difundirse a otras partes del cuerpo; en cambio los tumores malignos están conformados por células anormales, capaces de invadir tejidos cercanos y difundirse a otras partes del cuerpo (Lara et al. 2006).

Factores de riesgo

Aún no se conocen con precisión las causas del origen del cáncer mamario, aunque se sabe que es un problema multifactorial, en el que el estrógeno desempeña una función importante en su aparición al inducir el crecimiento de algunas células mamarias, lo que aumenta el potencial de errores genéticos y por lo tanto la aparición del cáncer (Gammon et al. 2002). Otros autores como Cárdenas y Sandoval (2006), mencionan otros factores biológicos que se han asociado con la aparición del cáncer de mama destacando:

- Edad mayor a 40 años

- Antecedentes familiares de cáncer de mama
- Cáncer de mama previo
- Antecedentes reproductivos: nunca haber dado a luz o parir su primer hijo después de los 30 años de edad
- Menarca antes de los 12 años
- Menopausia tardía, después de los 52 años
- Enfermedades benignas de mama como quistes y tumores

Otros factores documentados están relacionados con los estilos de vida de las personas (Austrich y González, 2007) e incluyen:

- Dieta rica en grasas
- Ingesta de alcohol
- Obesidad
- Tabaquismo
- Uso de hormonas por más de 10 años

Es importante remarcar que todos estos factores suelen potenciar la probabilidad la aparición del cáncer sin ser necesariamente las causas directas que lo generan.

Detección y diagnóstico

Existen diferentes formas de detectar el cáncer de mama, entre ellas se encuentran la autoexploración, la mamografía, la ecografía, la resonancia magnética, la tomografía axial computarizada, la tomografía por emisión

de positrones y la biopsia. Todas buscan obtener un diagnóstico temprano de cáncer de mama y plantear un tratamiento que permita a las pacientes una supervivencia más prolongada y, en el mejor de los casos, erradicar el padecimiento. Sin embargo, no siempre se consigue una detección temprana y el diagnóstico resulta poco alentador, puesto que si el tumor canceroso se encuentra en un estadio ya avanzado, la probabilidad de supervivencia es menor.

No todos los casos de cáncer de mama son iguales, se diferencian tanto por las células anormales que les dieron origen, como por la ubicación dentro del seno. Una de las diferencias más importantes para el pronóstico, es el estadio en el que se encuentra, es decir, su tamaño y si existen o no células cancerosas en los ganglios linfáticos u otros sitios del cuerpo (Austrich y González, 2007). Así, resulta importante conocer las cuatro fases de la historia natural del cáncer, para facilitar su comprensión y la elección del tratamiento (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Salvador, 2006) ya que cada estadio suele asociarse con una estimación aproximada de la supervivencia.

- Estadio I: (con aproximadamente 98% de supervivencia).
-El tumor es menor de 2 cm. y no hay metástasis,
- Estadio II: (con aproximadamente 88%-76% de supervivencia).
-No Mide más de 2 cm. pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.

-Mide entre 2 y 5 cm. y puede o no haberse extendido.

-Mide más de 5 cm. pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

- Estadio III A: (con aproximadamente 56% de supervivencia).

-El tumor mide menos de 5 cm. y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y estos están unidos entre sí o a otras estructuras.

-El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados.

- Estadio III B: (con aproximadamente 46% de supervivencia).

-El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama.

-El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

- Estadio IV: (con aproximadamente 6% de supervivencia).

-El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo (metástasis)

Tratamiento

Así, dependiendo del estadio se elegirá el tratamiento más adecuado para su erradicación o control (ACS & National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2007), las principales formas de tratamiento incluyen:

Cirugía: Se la considera un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, es indicada en la enfermedad multicéntrica y algunos carcinomas ductales in situ (Winchester, 2000). Usualmente se consideran dos tipos de cirugías.

- *Cirugía conservadora:* Se ofrece como primera opción para aquellas mujeres que presentan tumores pequeños y se trata de conservar parte de la mama y extraer el tumor.
- *Mastectomía radical:* Consiste en la extirpación de la mama, de gran parte de piel de la pared torácica y los nódulos linfáticos). Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos se considera una mutilación (Mc Taggart, 2008).

La quimioterapia: se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas para evitar que se reproduzcan y formen otro cáncer (Aguilar y De la Garza, 2006).

- *Quimioterapia neoadyuvante:* Se administra antes del tratamiento radical y trata de reducir el tamaño del tumor y facilitar así la resección conservadora.
- *Quimioterapia adyuvante:* Se administra después de un tratamiento local y en ausencia de evidencia de enfermedad sistémica. Su objetivo es eliminar las micrometástasis y reforzar el control local.

- *Quimioterapia Concomitante*: Se aplica de manera simultánea con la radioterapia, busca mejorar el control local y ofrecer de manera simultánea un efecto sistémico.
- *Quimioterapia paliativa*: Su objetivo es aliviar las manifestaciones de la enfermedad o prolongar la supervivencia cuando la curación ya no es posible.

La radioterapia: Es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos x o rayos gama que ataca directamente a las células malignas.

- *Radioterapia neoadyuvante*: Forma parte del tratamiento conservador de la mama, se aplica a la mama, y de manera selectiva a los ganglios axilares patológicos o la región supraclavicular.
- *Radioterapia adyuvante*: Se aplica después del tratamiento local y se trata de eliminar la posible enfermedad subclínica residual.
- *Radioterapia Concomitante*: Se administra de manera simultánea con la quimioterapia, de esta manera se aprovecha el efecto citotóxico directo del agente quimioterapéutico y el efecto radiosensibilizador, lo cual incrementa el efecto local de la radioterapia.

Tratamientos hormonales: consiguen que las células cancerosas no se puedan reproducir, este tratamiento al igual que la quimioterapia incluye la administración de medicamentos.

A pesar de los beneficios que brindan estos tratamientos, todos estos procedimientos producen efectos secundarios que pueden oscilar de leves a graves o extremadamente incómodos, tales como, la falta de energía, pérdida del cabello, propensión a infecciones, pérdida de apetito, comezón, resequedad en la boca, inflamación de las encías, fuegos labiales, vómito, diarrea, estreñimiento y dolor (Aaron, 2007).

Este conjunto de malestares junto con el efecto psicológico del diagnóstico mismo de cáncer, provoca en la paciente un muy serio deterioro de su Calidad de Vida (CV); ya que la pérdida de la salud compromete seriamente la funcionalidad de las personas en su vida y puede ocasionar un progresivo o permanente deterioro de sus posibilidades futuras. Considerar la calidad de vida en un persona enferma es fundamental e indispensable ya que se debe considerar al paciente no sólo como un organismo enfermo, sino como una persona en interacción (Moreno y Ximénez, 1996).

Impacto psicológico

La Calidad de Vida se relaciona con todos los aspectos de la vida de una persona, pero en el campo de la oncología este término se ha venido retomado en gran parte incluso desde el mismo modelo biomédico, cuyo principal objetivo ha sido centrarse en la salud del paciente además de valorar la eficacia de los tratamientos oncológicos sobre el tumor, el

intervalo libre de enfermedad o la supervivencia (Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, 2004). A partir de la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer de Estados Unidos se ha recomendado que los recursos económicos se destinan a tres tópicos: la supervivencia, la morbilidad y la calidad de vida (Porzsolt et al. 1996).

Existen diferentes acepciones del término Calidad de Vida. Una de las más completas y utilizadas es la propuesta por la OMS que la define como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Se trata, así, de un constructo multidimensional y de carácter subjetivo (Terol, et al. 2001).

En el ámbito de la Oncología la CV requiere incluir tanto los efectos de la enfermedad y su tratamiento, como otros aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que, dependiendo de su valor, deterioran el funcionamiento de las pacientes o bien, la ayudan a una mejor adaptación y estabilidad. Para medirla, es importante incluir los principales malestares psicológicos que presenta una mujer diagnosticada con cáncer de mama.

El malestar psicológico depende en gran parte de la fase en la cual se encuentre una persona con cáncer, existen cuatro etapas generales por las que puede pasar una paciente: diagnóstico, tratamiento, fase terminal y

supervivencia (Couzijn, Ros y Winnubst, 1990). En dichas etapas se pueden identificar diversos pensamientos disfuncionales que suelen presentar estas pacientes, como los relacionados con el avance de la enfermedad y la imagen corporal; emociones como la depresión, la ansiedad y la desesperanza; y conductas como el llanto, el aislamiento y la falta de concentración (Véase el cuadro 1).

Cuadro 1

Etapas del cáncer y su malestar psicológico (Couzijn, Ros y Winnubst, 1990),

Etapas	Pensamientos	Emociones	Conductas
Diagnóstico	Qué tal que sí es cáncer Me voy a morir Por qué a mí, si yo sí me cuido "Negación": Evitación (Yo no tengo nada) Culpabilidad (Si contagio a mis hijos va a ser mi culpa)	Angustia Enojo Desesperanza Tristeza Ansiedad ligada a incertidumbre	Falta de sueño Poca concentración Llanto Desactivación conductual de actividades que le agradan Cambios en ingesta alimenticia Hiperactividad
Tratamiento	Valoración de la imagen corporal El tratamiento no funciona en mí Es horrible tener que perder mi cabello Es espantoso pensar que no voy a tener un seno Voy a dejar de ser mujer Mi marido me va a dejar Nadie me comprende Soy una inútil Ideación suicida	Vulnerabilidad a los estados emocionales Ansiedad Incomprensión	Fatiga Llanto Náusea Vómito Debilidad Trastornos de la alimentación Aislamiento
Fase Terminal	El médico es culpable de que el tratamiento no funcione Resignación Negación No sobrevivir para ver crecer a sus hijos Ideación Suicida	Dolor Fracaso Culpabilidad Desesperanza Ira Depresión	No acudir a las citas médicas Demorar la verificación de una nueva lesión Llanto
Supervivencia	¿Y si me vuelve a dar cáncer en el otro seno o cualquier otra parte de mi cuerpo? ¿Y si me regresa más agresivo? ¿Y si ahora sí me mata?	Incertidumbre Ansiedad Depresión	Falta de sueño Falta de concentración

Principales problemáticas durante el diagnóstico y el tratamiento

Recibir un diagnóstico de cáncer generalmente ocasiona episodios con clara sintomatología ansiosa y depresiva. La paciente percibe una sensación de descontrol sobre su propia salud (Gil y Costa, 2005) y a partir del diagnóstico se suelen observar en las pacientes reacciones para las que se han propuesto tres etapas: una primera en donde predominan los sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación; incluso algunas pacientes pasan por un periodo de depresión reactiva ante el diagnóstico. Una segunda, en la que destacan signos de ansiedad, humor depresivo, problemas cognitivos (atención y concentración) y deterioro en la realización de actividades diarias. Por último una tercera etapa caracterizada por algún grado de adaptación a la situación donde se pueden comenzar a elaborar cogniciones tendientes al optimismo (Amayra, Etxeberria y Valdosedra, 2001).

La etapa del tratamiento trae consigo diversas alteraciones psicológicas sobre la CV, debido principalmente a los efectos colaterales de los tratamientos oncológicos. En un estudio en el que evaluó la calidad de vida en 25 pacientes de 41 a 45 años de edad, con cáncer de mama, se observó que, el funcionamiento físico es una de las preocupaciones más frecuentes durante el tratamiento. La mayoría se siente limitada al realizar actividades que demandan esfuerzo físico, lo que les genera sensaciones como impotencia, cólera y estrés a corto plazo. Otras funciones afectadas

incluyen las cognitivas relacionadas específicamente con la atención y la memoria (Monge, 2006).

En otro estudio, 21 pacientes refirieron que el funcionamiento físico, los síntomas de la enfermedad y el tratamiento fueron las áreas más deterioradas durante la administración del tratamiento. Al principio del tratamiento las áreas más afectadas eran la económica y la social, mientras que al final del tratamiento empeoraba su condición física (Terol et al. 2001).

Un estudio más, que usó el cuestionario de la European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life C-30, reveló que altas dosis de quimioterapia en pacientes con cáncer de mama, afectan drásticamente el funcionamiento físico de las pacientes y que los puntajes de dolor en pacientes con quimioterapia estándar seguían elevados un año después de la administración (Marino et al. 2008).

En este mismo año, autores como Montazeri et al. (2008) realizaron un estudio para evaluar la calidad de vida de 167 mujeres con cáncer de mama, utilizaron el instrumento Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) y su medida complementaria de cáncer de mama (QLQ-BR23), aplicados en la fase del diagnóstico, al fin del tratamiento y un año después. Los hallazgos sugieren que las pacientes en general perciben beneficiarse de sus tratamientos a largo plazo. Sin embargo, informaron deterioro en la

calidad global de la vida, dolor y la imagen corporal, incluso después de 18 meses del tratamiento.

En síntesis, la calidad de vida es un aspecto medular, dado que tanto el diagnóstico como el tratamiento provocan malestar extremo en las pacientes. Las investigaciones sugieren que el tratamiento oncológico y su toxicidad provocan un importante impacto emocional y físico en estas mujeres, por lo que se está incrementando exponencialmente el interés en evaluar la CV durante esta fase.

A continuación se describen con mayor detalle las principales consecuencias psicológicas de los tratamientos más frecuentemente empleados para tratar el cáncer de mama.

Cirugía

La cirugía, desemboca en diferentes conflictos, ya que, culturalmente los senos suelen concebirse como símbolo de ser mujer, femineidad, y capacidad reproductora (Suárez, 2004). Además, para muchas mujeres, los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad (Pires y Norbe, 2003). Incluso, existen mujeres que se consideran más bellas, atractivas y, en general mejores personas, siempre y cuando tengan unas mamas intactas (Olivares, Naranjo y Alvarado, 2007).

Esta concepción sobrevalorada de los senos repercute drásticamente en el funcionamiento psicológico de la paciente en caso de mastectomía, puesto

que física y visualmente constituye una deformidad importante en el cuerpo de la mujer. Se ha observado que en la medida en que la paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos, interpersonales y sociales es más alta (Fernández, 2004).

Diversos autores como Golden-Kreutz y Andersen, 2004, Fernández, 2004; Gil y Costa, 2005; y Lantz et al. 2005, coinciden en señalar que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresión y otras emociones como la frustración, la tristeza y el enojo.

Otro estudio reveló que, después de la cirugía las pacientes refieren haber experimentado síntomas depresivos que correlacionaron con el estrés; había percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos aunados a eventos amenazantes como el nivel socioeconómico.

La edad también resultó factor determinante de este efecto, pues las pacientes jóvenes se preocupan más por las cuestiones financieras y sobre su salud en el futuro, además de que tienden a tensarse y deprimirse con mayor frecuencia (Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel, 2004). Esto puede deberse a la percepción que se tiene sobre la juventud, ya que en este periodo los senos suelen considerarse parte importante de la femineidad y para algunas mujeres éstos son su principal atractivo. De

igual manera, la juventud es una etapa en la cual la fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no han tenido hijos (Amayra et al. 2001).

De acuerdo con autores como Flórez (2003) y Die Trill (2003), el sentirse o pensarse deformada impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas (la mujer evita la interacción con otras personas) y puede producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, aún cuando la deformidad no sea obvia para nadie más. Otras conductas desadaptativas que se suelen presentar por esta atención selectiva sobre la zona afectada son: evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada, cambio en el estilo de ropa sobre todo para ocultar la parte operada y problemas sexuales (Fernández, 2004).

No obstante, la mayoría de los problemas sexuales relacionados al cáncer, suelen tener un origen psicológico, puesto que la cirugía *per se* no produce alteraciones en el deseo sexual, ni reduce la capacidad para lubricar, para sensaciones genitales placenteras o para alcanzar un orgasmo (Die Trill, 2006). Más bien la depresión y la ansiedad que experimentan estas pacientes, así como los efectos colaterales de la quimioterapia y hormonoterapia repercuten en su actividad sexual (Henson, 2002).

Quimioterapia

De acuerdo con ACS y NCCN (2007), los problemas más comunes de la quimioterapia son:

- Problemas intestinales
- Alopecia
- Cambios en el apetito y peso
- Llagas en la boca, encías y garganta
- Problemas en los nervios y músculos
- Piel seca
- Irritación en riñones y vejiga
- Efectos relacionados con la sexualidad y fertilidad

Estos efectos repercuten de manera directa sobre la calidad de vida de las pacientes, ya que disminuyen o imposibilitan la actividad cotidiana de las mujeres, lo cual les genera diversas emociones y percepciones disfuncionales con respecto a la pérdida de la autonomía y del control físico. También generan preocupación excesiva por dependencia o, en caso contrario, miedo a que las personas más cercanas las abandonen. Además la privación de estrógenos puede generar labilidad afectiva, cansancio e irritabilidad.

Aparentemente el colectivo más vulnerable es el de las mujeres menores de 45 años entre cuyas preocupaciones destaca: no sobrevivir para ver crecer a sus hijos, la infertilidad, amenorrea y el impacto psicológico y sexual

asociado al cambio en apariencia física (Amayra, et al., 2001). En este último aspecto, se ha observado que para aquellas mujeres, en las que la belleza física es primordial, pueden interpretar la caída del cabello como un ataque intolerable hacia su persona y su sexualidad. Siguiendo esta misma línea, se ha visto que la pérdida del cabello es uno de los temas más estudiados. La revisión de la literatura de investigación hecha por Lemieux, Maunsell & Provencher (2008) incluyó 38 artículos y concluyeron que la alopecia inducida por la quimioterapia resulta un problema sumamente serio para las pacientes y que, incluso, es uno de los efectos colaterales que provocan mayor distrés. Tal es este efecto que un 8% de pacientes consideran abandonar el tratamiento oncológico, a causa de la alopecia. Otro hallazgo importante fue que las mujeres refirieron una asociación entre la alopecia con pérdida de la privacidad, ya que el hecho de no tener cabello hace más evidente la enfermedad y el tratamiento.

Aunado a este sentimiento se añaden las consecuencias en el área sexual. Las mujeres llegar a experimentar diversas dificultades tales como disminución en frecuencia coital y anorgasmia, debido a que la quimioterapia provoca sequedad vaginal y, por tanto dispaurenia (dolor durante el coito), además de síntomas menopáusicos y dificultad para alcanzar el orgasmo (Die Trill, 2006).

También se ha documentado que la mayoría de las mujeres evitan o se sienten evitadas en estas relaciones íntimas (Pires y Nobre, 2003) y creen que han dejado de ser sexualmente atractivas. Esto suele traer como consecuencia que no vuelvan a "ser capaces de sentir ni dar placer" y que "su capacidad de amar y ser amadas está mermada definitivamente". (Rojas, 2006). Así, la aparición de trastornos sexuales y los conflictos maritales se dan de manera frecuente.

A partir de lo anterior se puede deducir que a pesar de los esfuerzos por crear esquemas quimioterapéuticos más eficaces para el control de la enfermedad, este tratamiento sigue siendo muy agresivo para el organismo y en función del deterioro físico ocasiona muy serios problemas psicológicos que dañan seriamente la calidad de vida de una mujer con cáncer durante su tratamiento.

Radioterapia

Al parecer la radioterapia es, de los tratamientos oncológicos, la que deriva menos secuelas psicológicas, ya que en gran parte, su administración es más rápida y los efectos colaterales se presentan en menor frecuencia y gravedad, aunque incluyen cansancio, náuseas y vómitos, diarrea e irritación de la zona radiada. A pesar de esto se ha observado que la

mayoría de las pacientes desconocen la función de este tratamiento y por tanto tienden a desarrollar ideas erróneas o sesgadas sobre la radioterapia.

Hay estudios cuyos resultados apuntan hacia una especie de evolución del impacto psicológico a medida que transcurren las sesiones, de forma que en las primeras sesiones se presentan cuadros ansioso-depresivos moderados o intensos en un 25% y un 17% respectivamente, luego disminuyen y se agudizan al terminar el tratamiento (Levrier & Dlihuydy, 1986).

También se ha visto que esta nueva situación pone temerosas a las pacientes, pues el hecho de someterse a un tratamiento "invisible" se vuelve impredecible. Parece ser que el obligarlas a permanecer inmóviles, en silencio y solas debajo de una gran máquina, trae consigo una serie de rumiaciones con respecto a la dificultad del tratamiento. Entre los prejuicios más definidos sobre la radioterapia son el resultar quemadas, desfiguradas o perder funciones fisiológicas esenciales. A esto se añade la incertidumbre de poder resultar contaminadas con radiación, percepción que con frecuencia se acompaña de sentimientos de abandono, alienación y soledad (Amayra et al., 2001).

Dado lo anterior resulta fácilmente comprensible que las fases de diagnóstico y tratamiento sean las más desfavorables para las pacientes con

cáncer de mama ya que los efectos colaterales de los tratamientos son responsables de la mayor parte del sufrimiento de estas pacientes pues deterioran no solamente su estado anímico, sino diversas áreas funcionales de su vida. Todas estas consecuencias merecen valorarse con el fin de diseñar intervenciones psicológicas que mejoren la CV para influir de manera efectiva sobre la adaptación a la enfermedad.

Intervenciones psicológicas

Las intervenciones con estas pacientes pueden enfocarse a tratar sólo un aspecto de su malestar o pueden ser procedimientos para influir en diferentes áreas de su vida.

Las intervenciones de biorretroalimentación (BIO) se han enfocado a disminuir los niveles de ansiedad y estrés que presentan las pacientes con cáncer de mama durante los tratamientos oncológicos. En una investigación con un grupo de 81 pacientes bajo tratamiento de quimioterapia, se encontró que la BIO junto con técnicas de relajación como imaginación guiada y relajación muscular progresiva profunda reducían las náuseas y la ansiedad (Burish y Jenkins, 1992).

Otra investigación, 19 participantes recién diagnosticadas con cáncer de mama reveló que disminuyeron sus niveles de ansiedad y cortisol urinario después de tratarse con terapia cognitiva y BIO (Henry, 1986). Así, este tipo de intervenciones suelen tener un impacto también a nivel psico-inmunológico.

En un estudio similar, a 13 mujeres con cáncer de mama en estadio I, operadas con mastectomía radical, se les administró relajación muscular, imaginación guiada y BIO. Se encontraron resultados significativos en medidas fisiológicas, sin embargo, no se detectaron cambios significativos en medidas psicológicas, excepto en una escala de ansiedad ([Gruber, Hersh, Hall, Waletzky, Kunz, Carpenter et al., 1993](#)).

Como puede observarse, las investigaciones anteriores hacen hincapié en cambios fisiológicos más que psicológicos y los grupos son relativamente pequeños.

Tratamiento cognitivo-conductual

Por otro lado, existen intervenciones de corte cognitivo conductual con diversas técnicas que permiten a las pacientes impactar áreas de su vida, en las que el cáncer ha ocasionado mayor malestar y, de esta manera incidir de significativamente en su CV.

Así, investigaciones como la de Bellver (2007) van enfocadas a intervenciones para optimizar los niveles de calidad de vida de las pacientes oncológicas. En ese estudio se evaluó la eficacia de la psicoterapia grupal sobre la calidad de vida y su impacto sobre el estrés, después del tratamiento médico. Participaron 91 mujeres con cáncer de mama no metastásico con edad media de 49 años. Mediante un diseño pre-post con seguimiento a tres meses se administraron dos intervenciones: en una se entrenaban habilidades de comunicación y en la otra, un conjunto de técnicas cognitivo conductuales. En ambos grupos mejoraron los niveles de ansiedad y depresión, y aumentaron los niveles de calidad de vida incluso a tres meses después de la intervención. La diferencia entre ambos tratamientos residió en una sub-escala de estado emocional, que mejoró significativamente ($p < 0,05$) en la terapia que entrenó técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de estados emocionales.

Otra investigación tuvo como propósito examinar en un meta-análisis, los efectos de las terapias cognitivo conductuales (TCC) comparadas con psicoeducación (PE) sobre depresión, ansiedad, dolor, funcionamiento físico y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. El número sumado de participantes de todos los estudios analizados fue de 1492 adultos de entre 18 y 84 años. De éstos, 790 se habían asignado aleatoriamente a cada uno de los tratamientos y 702 a grupos tipo control. Los resultados sugieren que

la TCC fue efectiva para disminuir los niveles de depresión, ansiedad y aumentar los niveles de calidad de vida. En este último aspecto, se vio una mejoría por ambas intervenciones a corto y mediano plazo. La PE no arrojó mejorías significativas en ninguna intervención y las terapias individuales fueron más efectivas que las grupales (Osborn, Demoncada, y Feuerstein, 2006).

En esta misma línea otro estudio evaluó los efectos de dos modelos de intervenciones grupales en pacientes con cáncer de mama. Participaron 60 mujeres mediante un diseño Pre-Post, con seguimiento a cuatro meses. Una modalidad de intervención fue la Terapia cognitivo conductual y el otro fue la Terapia de apoyo grupal. En ambos grupos hubo mejoría en depresión, calidad de vida y autoestima, sin embargo el grupo de TCC la mejoría en calidad de vida y autoestima no se sostuvo a los cuatro meses después de la intervención y la terapia de apoyo sí (Edelman, Bell y Kidman, 1999).

En una investigación más reciente con 128 pacientes con cáncer de mama en estadios del I al III, se analizó la eficacia de una intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés. La intervención logró incrementar la adaptación a la enfermedad, reduciendo los niveles de ansiedad provocados por el cáncer incluyendo marcadores fisiológicos como niveles de cortisol y citoquinas. Así, las terapias cognitivos conductuales pueden

no sólo lograr mejor adaptación a la enfermedad, sino que impactar positivamente sobre la función neuroendocrina de las pacientes (Antoni, et al., 2009). Finalmente, otro estudio reveló que la Terapia cognitivo conductual disminuyó los niveles de depresión, de ansiedad y problemas de sueño de manera significativa en pacientes con cáncer de mama. En cuanto calidad hubo mejoras significativas en el ámbito emocional, en la "escala de vitalidad y energía y salud mental" (Coventry, Hamed, Fentiman y Grunfeld, 2009).

De esta manera, se puede observar que la TCC, logra un impacto significativo en la CV de las pacientes con cáncer de mama, ya que genera cambios emocionales, cognitivos y conductuales que les permite enfrentar con éxito diversas problemáticas relacionadas la enfermedad. Además, sus efectos se observan tanto a corto como a mediano plazo, aunque a medida que transcurre el tiempo, los tamaños del efecto clínico van disminuyendo. También parece notorio las terapias administradas individualmente producen un mayor número de cambios positivos en comparación con las administradas en grupo. Aparentemente las pacientes suelen sentirse más motivadas para cambiar si el tratamiento se adapta a sus necesidades personales (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999).

Sin embargo, también se observa que existen pocos estudios que evalúen el efecto que tiene la BIO en aspectos psicológicos de pacientes con cáncer

mamario ya que los estudios refieren cambios de tipo fisiológico. Adicionalmente prácticamente no existen investigaciones realizadas en pacientes con cáncer de mama. También es importante señalar, que los equipos que actualmente se utilizan ofrecen mayor sensibilidad y precisión al detectar cambios fisiológicos por lo que resulta necesario analizar si las nuevas técnicas de BIO pueden impactar en aspectos psicológicos de manera significativa.

A partir de las consideraciones de la reseña de la literatura de investigación descrita la presente investigación se planteó como objetivo analizar los efectos de dos tipos de intervención: Terapia Cognitivo Conductual (TCC), y Biorretroalimentación (BIO) sobre la Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión en pacientes con cáncer de mama, con una estimación de efectos a tres meses de concluida la intervención.

Método

Participantes

Ciento once pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama por un oncólogo adscrito al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) que aceptaron participar firmado un consentimiento informado (Véase el Anexo 1).

La media de edad de las 111 participantes fue de 48 (Dt= 8.8); la mayoría eran casadas (35.1%), 24.3% eran solteras, 13.5% separadas, 9.9% divorciadas, 9.9% divorciadas y 7.2% vivían en unión libre. En cuanto a la escolaridad, 29.7% tenía estudios comerciales, 23.4% tenían primaria, 16.2% con estudios universitarios, 15.3% con preparatoria, 13.5% sólo con secundaria y 1.8% analfabetas. La mayoría eran amas de casa (43.2%), 19.8% eran empleadas, 18% con autoempleo, 6.3% eran profesionistas y 4.5% desempleadas.

De acuerdo con el propio informe provisto por las pacientes y por la revisión de los expedientes médicos, el 66.7% de las pacientes sólo tenían diagnóstico de cáncer de mama. Un 20% además de cáncer mamario recibían tratamiento médico por hipertensión, 5.4% por diabetes y el 7.2% por otras enfermedades.

A todas las pacientes se las interviene con esquemas diferentes de tratamiento médico. Los esquemas de tratamiento presentados con mayor frecuencia fueron: 25% sólo con cirugía, 14% con un esquema más agresivo: (Quimioterapia (FAC/taxol) +Cirugía+ Radioterapia). Un 11.7% tratadas con Cirugía+ Quimioterapia (FAC/taxol); 9% con Quimioterapia (FAC/taxol)+Cirugía y 8.1% con Cirugía +Radioterapia. La Tabla 1 muestra las características demográficas del grupo total.

Análisis sociodemográfico por grupo

TCC

El grupo de pacientes que se expuso a Terapia Cognitivo Conductual mostró media de edad de 46.38 años (DT=8.754). El 40.9% casadas, 22.7% solteras, 13.6% separadas, 12.1% viudas, 7.6% divorciadas y 3% se encontraban en unión libre. En cuanto a nivel escolar se encontró que 3% era analfabeta, 30.3% tenían primaria, 22.7 secundaria, 18.2% estudios comerciales, 12.1% bachillerato y 13.6% con universidad. En cuanto a ocupación 45.5% de las participantes eran amas de casa, 21.2% en situación de autoempleo, 10.6% empleadas, 6.1% profesionistas y 3% desempleadas. Otro aspecto importante es que 71.2% de estas mujeres, no presentaba otra enfermedad aparte del cáncer. Por último, sus principales esquemas de tratamiento incluyeron: Quimio (FAC/taxol) + Cirugía + Radioterapia en 19.7% de las mujeres y Quimio (FAC/taxol)+Cirugía 15.2%.

Tabla 1

Características Sociodemográficas de las 111 pacientes con cáncer de mama

Características	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
Analfabeta	2	1.8
Primaria incompleta	12	10.8
Primaria completa	14	12.6
Secundaria incompleta	3	2.7
Secundaria completa	12	10.8
Estudios comerciales	33	29.7
Preparatoria incompleta	4	3.6
Preparatoria completa	13	11.7
Estudios universitarios	18	16.2
Estado Civil		
Soltera	27	24.3
Casada	39	35.1
Unión libre	8	7.2
Divorciada	11	9.9
Viuda	11	9.9
Separada	15	13.5
Profesión		
empleada	22	19.8
ama de casa	48	43.2
autoempleo	20	18.0
profesionista	7	6.3
desempleada	5	4.5
Otras Enfermedades		
diabetes	6	5.4
hipertensión	23	20.7
ninguna	74	66.7
otras	8	7.2
Esquema de Tratamiento		
Cirugía	28	25.2
Cirugía + Reconstrucción	1	.9
Fac	6	5.4
Quimio (Fac/Taxol) + Cirugía	10	9.0
Cirugía + Quimioterapia Fac	5	4.5
Cirugía + Quimioterapia (Fac/Taxol)	13	11.7
Quimioterapia (Fac/Taxol) + Radioterapia Concomitante	8	7.2
Quimioterapia (Fac/Taxol) + Radioterapia y Cirugía	6	5.4
Cirugía + Radioterapia	9	8.1
Quimioterapia (Fac/Taxol) + Cirugía + Radioterapia	16	14.4
Quimioterapia (Taxol)	2	1.8
Quimioterapia (Fac) + Terapia Hormonal	1	.9
Quimioterapia (Fac/Taxol) + Radioterapia + Terapia hormonal	1	.9
Cirugía + Terapia hormonal	2	1.8
Cirugía + Terapia hormonal + Quimioterapia (Fac/Taxol) + Radioterapia	1	.9
Quimioterapia (Fac/Taxol) + Cirugía + Radioterapia + Terapia hormonal	1	.9
Cirugía + Quimioterapia (Fac/Taxol) + Radioterapia	1	.9

BIO

Las pacientes del grupo de Biorretroalimentación mostraron una edad promedio de 51.07 años (DT=8.253). El 26.7% eran casadas, 26.7% solteras, 13.6% separadas, 13.3% divorciadas, 13.3% en unión libre y viudas, 6.7%. En este grupo, el 46.7% contaba con estudios comerciales, 20% tenían estudios universitarios, otro 20% con preparatoria, 13.3% primaria y 13.3% con secundaria. Un 40% eran amas de casa, 33.3% empleadas, 13.3% mencionaron autoempleo, 6.7% profesionistas y 6.7% eran desempleadas. El 60% de estas mujeres no presentaban otra enfermedad aparte del cáncer y sus principales tratamientos médicos fueron: Cirugía con un 46.7%, y Cirugía+Radioterapia con 20%.

Medición

Para recolectar los datos del estudio se utilizó una batería de instrumentos psicométricos que incluye:

- El Inventario de Calidad de Vida y Salud "**InCaViSa**" (Riveros, Sánchez Sosa y Del Águila, 2009) (Véase el Anexo 2). Se trata de una escala de 53 ítems que evalúan una serie de áreas que abarcan los siguientes aspectos de la vida del paciente:

- *Preocupaciones* se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
- *Desempeño Físico* se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
- *Aislamiento* explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
- *Percepción Corporal* se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
- *Funciones Cognitivas* revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
- *Actitud ante el Tratamiento* revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.
- *Tiempo Libre* explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
- *Vida Cotidiana* revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.
- *Familia* explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su Familia.

- *Redes Sociales* explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
- *Dependencia Médica* se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.
- *Relación con el médico* se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante.

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento, y una sección de datos socio-demográficos. Los reactivos se califican en escala de opción forzada con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos y es una escala diseñada con poblaciones de pacientes crónicos mexicanos con una consistencia interna de 0.90.

- Los inventarios de Depresión (Véase Anexo 3) y Ansiedad de Beck (Véase Anexo 4) en sus versiones adaptadas y validadas para población mexicana (Jurado, et al. 1998; Robles, Varela, Jurado y Paez, 2001) con un índice de consistencia interna de 0.87 en depresión y 0.83 para ansiedad. Ambos

inventarios constan de 21 ítems que miden sintomatología depresiva presentada durante la última semana, y se califican del 0 al 3.

- Bitácoras clínicas

Son formas impresas de recolección de notas clínicas. Están diseñadas para el terapeuta, en éstas se recolecta la información y el trabajo terapéutico realizado durante cada sesión con la paciente. Se registran datos demográficos, las problemáticas que se abordaron durante la sesión, así como las técnicas con las cuales se intervino. Cuentan con un apartado de Modificación de cogniciones sesgadas, Regulación de emociones que causan malestar, entrenamiento en habilidades conductuales y un apartado más dedicado a las observaciones clínicas del terapeuta (Véase el Anexo 5).

Entrenamiento a Terapeutas

Todas las entrevistas, recopilación de datos y procedimientos de intervención se llevaron a cabo por siete estudiantes de años avanzados de licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los estudiantes tomaron con éxito un curso avanzado de la terapia cognitivo conductual y recibieron capacitación adicional sobre intervenciones dirigidas hacia las pacientes con cáncer de mama. El curso avanzado había incluido el análisis detallado de las

lecturas seleccionadas de la literatura contemporánea en la evaluación experimental de cambio de comportamiento en el área de la salud. La formación adicional sobre las intervenciones de comportamiento para pacientes de cáncer de mama tuvo una duración de dos semestres después de completar el curso anterior. Durante este año los estudiantes también asistían semanalmente a seminarios en los que se analizaban y discutían las lecturas sobre investigación contemporánea en intervenciones psicológicas para pacientes con cáncer de mama. Todos los estudiantes estuvieron bajo supervisión del investigador principal y de la autora del presente trabajo.

Variables

Dependientes:

- Bienestar y calidad de vida medidos a través de las escalas del InCaViSa
- Puntaje en los niveles de Ansiedad (Escala de Beck)
- Puntajes en los niveles de Depresión (Escala de Beck)
- Notas clínicas en la Bitácoras Terapéuticas

Independientes:

Terapia Cognitivo Conductual

Esta se administró de manera individual. Cada sesión se realizó semanalmente con una duración de 60 minutos; en promedio la intervención tuvo una duración de 20 sesiones, y se llevaron a cabo dentro

de las instalaciones del Instituto Nacional de Cancerología. Todas las sesiones comprendían un módulo informativo sobre el tema que se iba a abordar, así como oportunidad para discutir el tema y, posteriormente, el aprendizaje de nuevas técnicas. Al finalizar cada sesión a las pacientes se les asignaban tareas a realizarse en casa, lo cual les daba oportunidad de practicar las técnicas aprendidas.

Durante la primera sesión, a las pacientes se les exponía a un programa de consejo y educación para la salud (Véase el Anexo 6) que contempla los siguientes temas:

- Aspectos generales del Cáncer.
- Aspectos patológicos del Cáncer de mama.
- Pronóstico de la Enfermedad.
- Descripción de los tratamientos más utilizados.
- Efectos Secundarios de los tratamientos.
- Aspectos emocionales relacionados con el cáncer de mama.
- Adaptación a la enfermedad.
- Nuevos Hábitos a seguir o evitar para mantener un estado de salud satisfactorio.
- La importancia de la atención Psicológica.

Este material se elaboró con la finalidad de informar a las pacientes con respecto al Cáncer de mama y sus tratamientos, así como la interacción

entre emociones, creencias y cambios de conducta que se presentan a partir el diagnóstico. En la sesión las pacientes tenían la posibilidad hacer comentarios o expresar dudas que tuvieran respecto a cualquier tema relativo al caso, incluyendo experiencias personales que habían o estaban experimentado con el cáncer. La sesión tenía una duración aproximada de 60 minutos y se apoyaba con una presentación "power-point".

Después de la fase educativa, cada sesión individual se centraba en alguna de los aspectos reseñados más abajo, aunque se señalaba a las pacientes que podían hacer preguntas o hacer comentarios en cualquier momento durante su participación en el programa.

Manejo cognitivo:

El principal objetivo de estos procedimientos fue la detección y reestructuración de cogniciones defectuosas o sesgadas que generen reacciones emocionales negativas o conductas instrumentales que interfieran con el tratamiento médico. Para llevarla a cabo se emplearon técnicas como la Identificación de pensamientos automáticos (Beck, 1979), la cual consiste en pedirle a la paciente que exprese e identifique las cogniciones que se presentan inmediatamente después de la situación problema. Una vez identificadas estas cogniciones, se pide a la paciente que someta sus ideas a pruebas de realidad, para suscitar una descripción y un análisis más correcto de la o las situación problema. Para esto, el terapeuta junto con la paciente examina la base o evidencia a favor y en

contra de cada pensamiento, con el fin de corregir las distorsiones. Por último, se le presenta a la paciente la opción de pensar en interpretaciones alternativas y contrarrestar sus sesgos y sustituirlos por conclusiones más objetivas. El resultado de modificar la manera de pensar es generar un cambio positivo en los sentimientos y en la conducta.

Manejo emocional:

Mediante los procedimientos detallados a continuación se detectan déficits de regulación emocional y se da entrenamiento para la auto-regulación de aquellas reacciones emocionales que interfieran con la función inmune, con el tratamiento o con el bienestar de las pacientes. Para dicho fin, se emplearon técnicas de Respiración diafragmática profunda, Relajación Muscular Progresiva Profunda (pasiva o activa en función de molestias físicas asociadas al tratamiento), Inducción autógena de Relajación e Imaginación guiada. Se les sugirió a las pacientes que practicaran estos ejercicios diariamente.

Antes de entrenar cada una de las técnicas, el terapeuta explicaba a la paciente la relación entre la ansiedad y la tensión muscular fisiológica en términos simples. A continuación le pide a la paciente que se siente cómodamente, afloje la ropa, etc, y que imite el modelado del terapeuta con respecto a la respiración diafragmática. Dicho procedimiento consiste en tomar una respiración profunda y monitorearla colocando una mano sobre

el abdomen. Cada respiración duraba aproximadamente ocho segundos desde el inicio de la inhalación hasta el fin de la exhalación. Se incluían frases como: "Su respiración es lenta y profunda", "Desde el estómago" "Cómoda y sin esfuerzo". Este procedimiento se utilizó en el resto de los ejercicios de relajación (Fahrion y Norris, 1990).

En la relajación muscular, se le explicaba primero a la paciente el modelo de tensión-relajación y se le daban sucesivamente instrucciones de tensión durante cinco segundos (contados en voz alta y suave por el terapeuta) y después de relajación de grupos musculares específicos. Si la paciente tenía molestias derivadas de alguna cirugía u otro tratamiento médico que interfiriera con la porción de tensión de los ejercicios, se le instruía para hacer sólo la parte de relajación (pasiva). El procedimiento incluye la siguiente secuencia céfalo-caudal: frente, mejillas, labios, mandíbula, cuello, hombros, brazos, manos, abdomen, trasero, piernas, tobillos y pies. Al final de cada período de sesiones, el terapeuta asignaba tareas a realizar en el hogar por el paciente (Fahrion y Norris, 1990).

La técnica de inducción autógena de relajación, consiste en decir a la paciente una serie de frases elaboradas con el fin expreso de inducir relajación a través de autosugestiones tales como: 1) sensación de pesadez y calor en sus extremidades; 2) regulación de los latidos de su corazón; 3) sensaciones de tranquilidad y confianza en sí misma; y 4) concentración pasiva en su respiración. Inicialmente se le pide que se sienta en posición

cómoda y cierre los ojos. Se le induce concentrarse en su respiración, dejando que su abdomen se eleve y baje notoria pero suavemente, después se le sugiere que preste atención a alguna de sus extremidades (manos, brazos y piernas) y se le induce una sensación de pesadez y calor en ellas. Este mismo procedimiento se continúa con cada una de las extremidades, pasando por el abdomen, hasta lograr que el paciente sienta una pesadez y calor agradables en todo su cuerpo y se sienta completamente relajada.

En un principio el terapeuta es quien dirige los ejercicios de relajación y, conforme avanza el entrenamiento se indica a la propia paciente quien lo ponga en práctica, tanto en las sesiones como en su casa (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo y Molinari, 2008).

Por último, en la técnica de imaginación guiada, el terapeuta guía a la paciente para crear una situación relajante, para esto, se le pide a la paciente que describa un ambiente placentero y que preste atención a detalles como aromas, texturas, colores, etc. Al igual que en las otras técnicas se le pide a la paciente que ejercite la técnica de manera cotidiana en el hogar, para lograr un dominio de la misma (Manzoni et al. 2008).

Manejo Conductual

El objetivo de este módulo era detectar y modificar conductas instrumentales que interfirieran con el tratamiento o que propiciaran

cogniciones o emociones disfuncionales o negativas. Para lograr esto se emplearon técnicas como el entrenamiento en Habilidades Sociales (Caballo, 2002) y Solución de Problemas, (D'Zurilla y Nezu, 1999), entre otras.

En el entrenamiento en Habilidades Sociales, se abarcaron las siguientes dimensiones conductuales:

- Hacer y aceptar cumplidos
- Expresar amor, agrado y afecto
- Hacer y Rechazar peticiones
- Iniciar y mantener conversaciones
- Expresar molestia, desagrado y disgusto
- Afrontar críticas

Durante el entrenamiento se le explicaba a la paciente la importancia de las habilidades sociales y su aplicación en las diversas áreas de la vida, inmediatamente después el terapeuta modelaba las conductas a la paciente para que posteriormente ella las llevara a cabo mediante ensayos conductuales. Al final, el terapeuta daba retroalimentación sobre su desempeño reforzándola por aproximaciones sucesivas exitosas. Al término de cada sesión la paciente se llevaba tareas a casa con el fin de poner en práctica lo aprendido en las sesiones.

En la técnica de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 1999), el terapeuta y la paciente identificaban las razones por las cuales ciertas situaciones significaban un problema, después de definir o seleccionar el problema a tratar se planteaban objetivos realistas especificando metas alcanzables para la paciente. Posteriormente el terapeuta pedía a la paciente que mencionara todas las alternativas que a su juicio se podrían emplear para solucionar el problema. A continuación el terapeuta y la paciente revisaban cada una de las opciones y hacían un análisis sistemático de conveniencia de las diversas opciones con el fin de elegir las más eficaces para resolver el problema. Una vez elegidas, se le pedía a la paciente que llevara a cabo la idea sobre cuya realización el terapeuta hacía una supervisión del plan y, en las sesiones subsecuentes, se retroalimentaba a la paciente sobre sus avances.

Entrenamiento en Biorretroalimentación

Esta intervención se apoya en la amplificación y retroalimentación de señales psicofisiológicas asociadas a la ansiedad y el estrés, por medio de un equipo de registro, transducción, representación visual (o auditiva) y análisis por cómputo.

A cada una de las pacientes que conformaron este grupo se les aplicaron los instrumentos psicométricos: (InCaViSa, BAI y BDI). A continuación se obtenía en la primera sesión un perfil de estrés a fin de identificar los

parámetros de registro en relación a sus respuestas psicofisiológicas asociadas con sus reacciones al estrés.

Durante la realización de este perfil, se mostraba a la paciente en un monitor de computadora las imágenes (de tipo gráfico) asociadas con su visualización de momentos de tensión, tales como procedimientos dolorosos, cirugías, cicatrices producto de las intervenciones quirúrgicas, carencia de cabello, imágenes de mujeres con gesto de dolor relacionadas con su situación oncológica, simulación de cuerpos cubiertos en condición de cadáveres, entre otras. La duración aproximada del registro del perfil era de unos veinte minutos. Una vez concluido el perfil, se registraban los parámetros alcanzados por cada una de las pacientes y se les indicaba que en las próximas semanas se iniciaría un entrenamiento a través de ejercicios de respiración y relajación que les permitirán controlar su respuesta de estrés.

En las siguientes tres sesiones de entrenamiento se les instalaba un neumógrafo para el registro en el dispositivo de BIO, colocado alrededor del vientre de la persona a la altura del ombligo. El paso siguiente consistió en informar a la paciente que se le iba a mostrar en la pantalla de la computadora la representación visual de su respiración a través de una línea de registro en una gráfica que fluctuaría en función de su actividad respiratoria, se les explicó que existen dos tipos de respiración, la torácica y la diafragmática:

- La respiración torácica es un tipo de respiración poco profunda ya que el aire sólo abarca la capacidad superior de los pulmones.
- La respiración diafragmática es un tipo de respiración más profunda y consiste en llenar de aire alcanzando hasta la porción inferior de los pulmones en todo el espacio del vientre hasta la altura del ombligo.

Una vez comprendido lo anterior, se le indicaba a cada paciente que para su tratamiento se utilizaría la respiración diafragmática.

Durante el registro fisiológico de la respiración de la paciente se le retroalimentó verbalmente con apoyo de la representación gráfica descrita en la pantalla a fin de que la paciente lograra mantener su respiración por debajo de los rangos promedio alcanzados durante su propio perfil de estrés. Con cada una de las pacientes se programó una sesión semanal con duración aproximada de 45 minutos. En las sesiones subsecuentes (de la 4a a la 20a en promedio) se instrumentó el tratamiento psicológico de las pacientes atendiendo sus síntomas psicológicos empleando el entrenamiento y registro de las respuestas fisiológicas a través de equipo de BIO con el empleo de la relajación progresiva e imaginación guiada.

En cada una de las sesiones se mantuvo el registro del desempeño promedio de las pacientes en el entrenamiento de la respiración diafragmática hasta complementar el esquema de 20 sesiones en promedio. Posterior al periodo de tratamiento se realizó nuevamente la aplicación de los instrumentos psicométricos (InCaViSa, BAI y BDI).

En un primer seguimiento posterior al mes de concluido el tratamiento se citó nuevamente a las pacientes y se aplicaron los instrumentos psicométricos. En un segundo seguimiento, tres meses después de concluido el tratamiento se citó nuevamente a cada una de las pacientes y se volvió a realizar la aplicación de los instrumentos psicométricos.

Diseño

Se trata de un esquema Prospectivo, Longitudinal, con medida pre, post y seguimientos a 1 y 3 meses.

Procedimiento

Antes de llevar a cabo el reclutamiento de pacientes, en primer lugar se hizo una revisión de los expedientes clínicos, en estos se identificaron aspectos como: estadio de la enfermedad, los aspectos patológicos y no patológicos de la paciente, edad, lugar de residencia, etc.

Después, la captación de pacientes en la consulta externa del departamento de Tumores Mamarios, se les invitaba a participar en el protocolo y se les explicaban las características y objetivos del mismo. Se les leía el consentimiento informado y se les pregunta si tenían alguna duda, en caso de tenerla, se le respondía inmediatamente y se les aclaraba que sus respuestas serían totalmente anónimas y confidenciales y que los resultados del estudio sólo se utilizarían con fines de investigación. Una vez que aceptaban firmaban el consentimiento informado y se la canalizaba con un psicólogo.

Dependiendo de la zona geográfica de residencia de cada paciente, las participantes eran asignadas a alguna intervención (TCC o BIO) y terapeuta. Principalmente aquellas mujeres que vivían en el Distrito Federal y Estado de México fueron asignadas al entrenamiento en Biorretroalimentación, mientras que aquellas mujeres que vivían en el sur de la ciudad de México e interior de la República fueron asignadas al grupo de TCC. Dicho procedimiento de asignación fue elegido con el fin de brindarle a cada una de las pacientes la facilidad de poder asistir a las sesiones ya que la instrumentación del tratamiento se haría en la sede más cercana a su domicilio.

En ambas intervenciones, durante la primera sesión también se les aplicaba una entrevista estructurada (Véase el Anexo 7) y al término de ésta se daba comienzo con la batería de pruebas psicométricas antes de iniciar el proceso terapéutico, a fin de analizar las condición psicológica en la que se encontraban inicialmente cada paciente. Una vez completada la batería, se dio inicio a la entrevista clínica y posteriormente a la intervención psicológica.

Al finalizar la intervención se proporcionaba de nueva cuenta la batería de pruebas que se aplicó al principio (en el esquema descrito arriba) a fin de evaluar los efectos de cada una de las intervenciones. Por último, se realizaban los seguimientos aplicando la batería de pruebas uno y tres meses posteriores a la intervención (Véase la Figura 1).

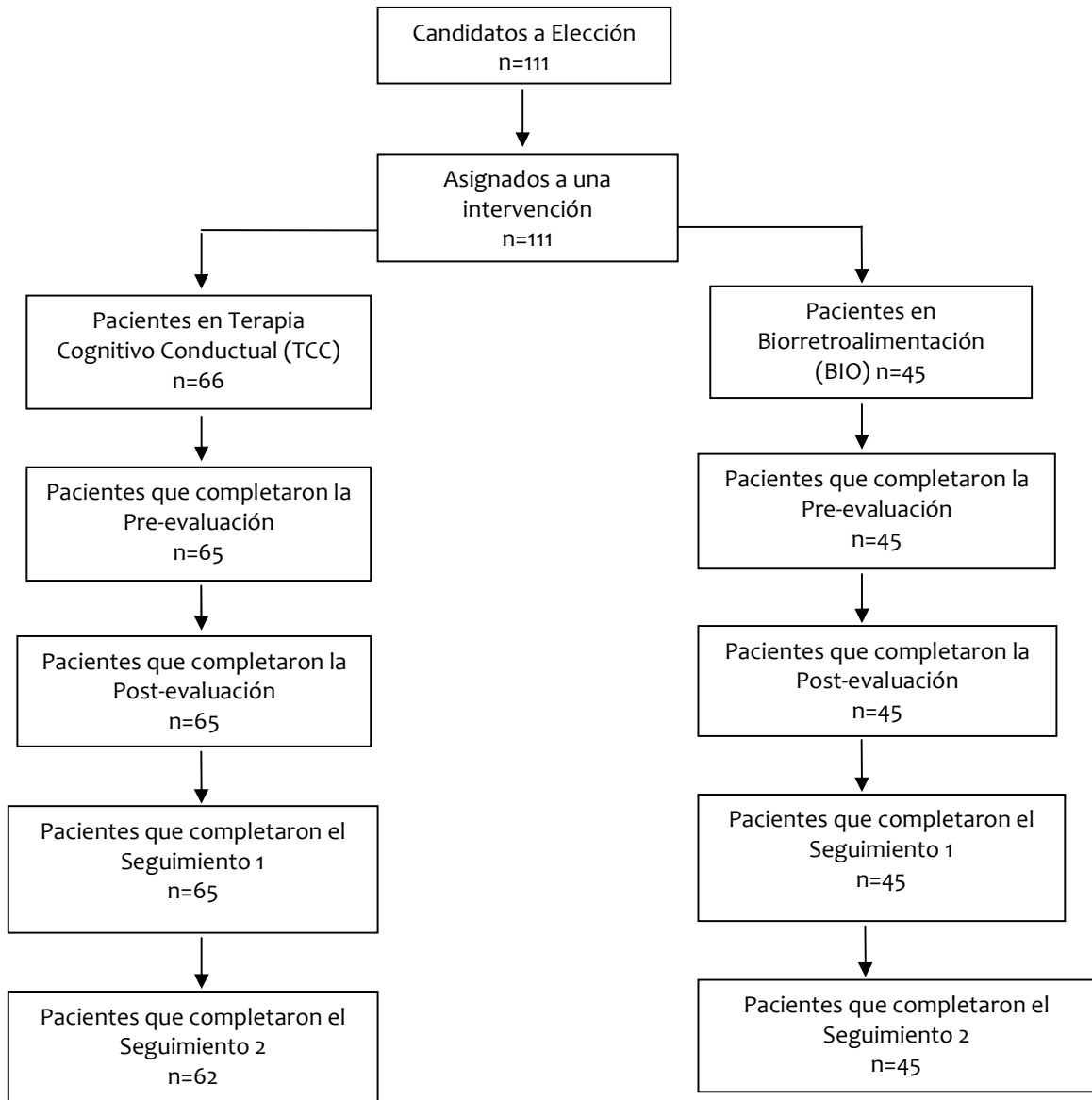


Figura 1. Flujograma. Muestra cómo se llevo a cabo el procedimiento de la investigación.

Análisis Estadísticos

Con el objetivo de observar si ambos grupos eran inicialmente similares en características socio-demográficas, se computó una t de student para grupos independientes (Véase la Tabla 2) y se encontraron diferencias no significativas en el estado civil ($p = .993$), escolaridad ($p = .051$) y ocupación ($p = .394$) entre ambos grupos, lo cual significa que en estas características los grupos eran similares, sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en la edad ($p = .005$) y los tratamientos realizados ($p = .005$), lo cual indica que en estas características los grupos diferían.

Tabla 2. Prueba t de student para grupos independientes

Característica sociodemográficas	Prueba t para igualdad de medias		
	t	gl	sig. (bilateral)
Edad	-2.834	109	.005
Estado civil	-.009	109	.993
Escolaridad	-1.972	109	.051
Profesión	.856	109	.394
Tratamientos realizados	2.861	109	.005

Para analizar las diferencias entre las medias de ambos grupos de intervención (TCC y BIO) sobre los cambios en los puntajes de calidad de vida en el transcurso del tiempo, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas, cuya función fue estudiar el efecto de uno o más factores (en este caso el tiempo con cuatro niveles, Pre, Post,

Seg1 y Seg2) sobre un mismo grupo y observar los cambios a lo largo del tiempo (Pardo y Ruiz, 2002). Una de las ventajas de aplicar un ANOVA es que permite eliminar la variación residual debida a las diferencias entre los grupos y esto es posible dado a que se utilizan los mismos sujetos para el análisis (Véase la Tabla 3).

A grandes rasgos, se puede observar que los pacientes que recibieron TCC mostraron mejora en prácticamente todas las áreas evaluadas durante el postest y que esta mejoría se mantuvo a través de ambos seguimientos; mientras que el grupo de BIO, sólo mejora en algunas áreas (Funciones cognitivas, Tiempo libre, Vida cotidiana, Dependencia médica y Desempeño físico), aunque no con diferencias significativas durante las post evaluaciones.

A continuación, se muestran con mayor detalle las gráficas y datos estadísticos obtenidos de ambos grupos en cada una de las áreas medidas por el INCaViSa. Primero se muestran las áreas en las que los puntajes de la escala debían disminuir después de las intervenciones.

Tabla 3

Medias, Desviaciones Estándar y Análisis de Varianza con Medidas Repetidas en cada una de las áreas del InCaViSa por grupo

Area	Medias/ (Desv. Típ)				Estadístico Lambda de Wilks (ANOVA de un factor con medidas repetidas)			
	PRE	POST	SEG1	SEG2	Λ	F	P asociada	Comparaciones significativas en post hoc (Bonferroni)
Preocupaciones TCC	9.66(4.2)	5.56(3.3)	5.23(3.2)	4.45(3.3)	.457	23.325	.001	Pre#Post
Preocupaciones BIO	8.87(3.5)	10.51(1.9)	9.98(1.5)	10.22(1.5)	.754	4.564	.007	Post# Seg2
Aislamiento TCC	4.77(4.7)	1.37(1.9)	1.63(2.1)	1.82(2.5)	.602	13.010	.001	Pre#Post
Aislamiento BIO	7.40(2.2)	10.51(1.9)	6.62(3.3)	10.22(1.5)	.077	168.063	.001	Pre#Post Post# Seg1 Seg1# Seg2
Percepción Corporal TCC	5.42(4.9)	3.60(3.6)	3.26(3.1)	2.81(3.1)	.784	5.405	.002	Pre#Post
Percepción Corporal BIO	8.91(2.7)	10.07(2.0)	6.69(4.4)	9.04(1.7)	.449	17.190	.001	Post# Seg1 Seg1# Seg2
Funcio-nes Cogniti-vas TCC	7.58(4.6)	5.00(3.9)	4.82(4.2)	4.89(4.0)	.725	7.464	.001	Pre#Post
Funcio-nes Cogniti-vas BIO	10.60(2.4)	10.51(1.9)	7.89(5.2)	10.22(1.5)	.606	9.086	.001	Post# Seg1 Seg1# Seg2
Actitud hacia el Tratamiento TCC	4.60(4.0)	2.13(2.3)	2.37(2.1)	1.90(2.1)	.670	9.702	.001	Pre#Post
Actitud hacia el Tratamiento BIO	9.73(2.8)	10.07(2.0)	4.84(3.2)	9.04(1.7)	.049	272.268	.001	Post# Seg1 Seg1# Seg2
Tiempo Libre TCC	6.90(5.4)	3.03(3.5)	3.15(3.2)	2.92(2.7)	.610	12.562	.001	Pre#Post
Tiempo Libre BIO	12.00(4.7)	10.51(1.9)	9.62(3.9)	10.22(1.5)	.378	23.068	.001	No # sig.
Vida Cotidiana TCC	6.18(5.1)	2.08(2.7)	2.11(2.4)	2.27(2.4)	.564	15.197	.001	Pre#Post
Vida Cotidiana BIO	10.91(5.2)	10.07(2.0)	7.38(3.9)	9.04(1.7)	.156	75.837	.001	Post# Seg1 Post# Seg2
Dependencia Médica TCC	12.94(4.7)	11.26(5.6)	10.85(5.8)	10.42(5.8)	.855	3.337	.025	No # sig.
Dependencia Médica BIO	14.02(2.4)	10.51(1.9)	14.09(2.6)	10.22(1.5)	.141	84.977	.001	Pre#Post Post# Seg1 Seg1# Seg2
D. Físico TCC	13.31(3.9)	14.48(4.1)	14.95(3.6)	15.34(3.5)	.820	4.329	.008	No # sig.
D. Físico BIO	8.87(2.8)	10.07(2.0)	11.69(2.4)	9.04(1.7)	.407	20.405	.001	Post# Seg2 Seg1# Seg2
Familia TCC	17.27(4.1)	18.77(2.1)	18.61(2.3)	18.47(2.5)	.857	3.275	.027	Pre#Post
Familia BIO	10.91(5.2)	10.51(1.9)	15.56(1.8)	10.22(1.5)	.132	92.183	.001	Post# Seg1 Seg1# Seg2
Redes Sociales TCC	15.13(4.8)	17.00(3.5)	17.19(3.4)	17.29(3.0)	.787	5.315	.003	Pre#Post
Redes Sociales BIO	11.02(5.1)	10.07(2.0)	12.82(3.7)	9.04(1.7)	.400	20.958	.001	Post# Seg1 Post# Seg2 Seg1# Seg2
Relación con el Médico TCC	13.81(3.8)	14.98(3.0)	14.27(3.5)	14.13(3.4)	.832	3.966	.012	Pre#Post
Relación con el Médico BIO	14.02(2.4)	10.07(2.0)	12.60(6.2)	9.04(1.7)	.213	51.747	.001	Pre#Post Post# Seg1 Post# Seg2 Seg1# Seg2

Preocupaciones

Ambos grupos durante la pre evaluación tenían altos puntajes en preocupaciones. El grupo que recibió TCC disminuyó significativamente las preocupaciones de la evaluación pre a la post ($p=.001$) sin diferencias significativas entre el post y los seguimientos 1 y 2 ($p=1.000$ y $p=.101$), ni al comparar las medias de los seguimientos ($p=.174$), lo que indica estabilidad en la mejora, (Véase la Figura 2).

El grupo que recibió BIO tuvo un aumento significativo entre el pre y post ($p= .011$), y una disminución no significativa comparando el post con el seg1 ($p= .031$) y con el seg2 ($p= 1.000$), finalmente, los seguimientos entre sí, tampoco arrojaron diferencias significativas ($p= 1.000$), (Véase la Figura 2).

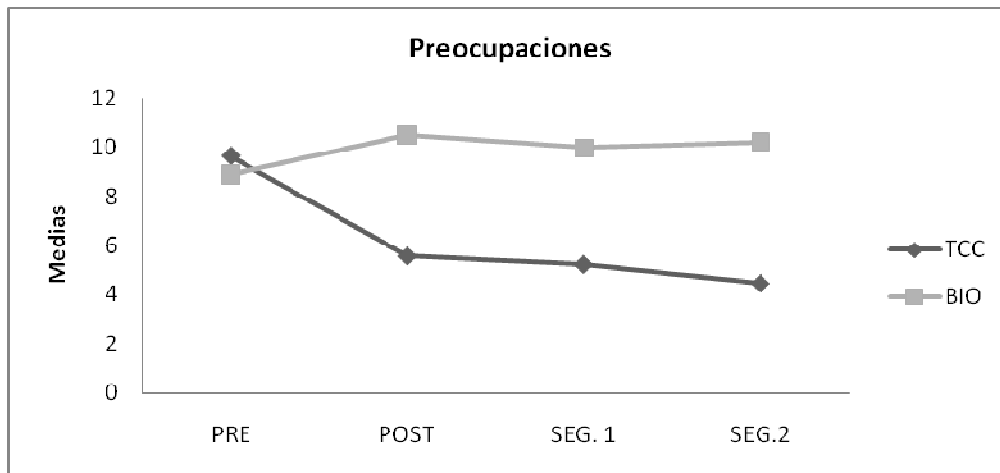


Figura 2

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Preocupaciones. Pre, Post Seg1 y Seg2.

Aislamiento

En esta área, las pacientes sometidas a TCC disminuyeron de manera significativa sus puntuaciones del pre al post ($p < .001$), aunque hubo un ligero cambio no significativo entre el post y los seguimientos 1 y 2 ($p = 1.000$ y $p = .589$), entre los seguimientos tampoco hubo diferencias significativas ($p = 1.000$), (Véase la Figura 3).

En contraste, las pacientes del grupo de BIO mostraron inestabilidad en cuantos a sus puntuaciones y, como se observa en la gráfica, hubo un efecto contrario al esperado durante la evaluación post, sin embargo durante el seg1 se dio un cambio significativo con respecto al post ($p < .001$) y nuevamente durante el seg2 hay un incremento importante con respecto a los demás, (Véase la Figura 3).

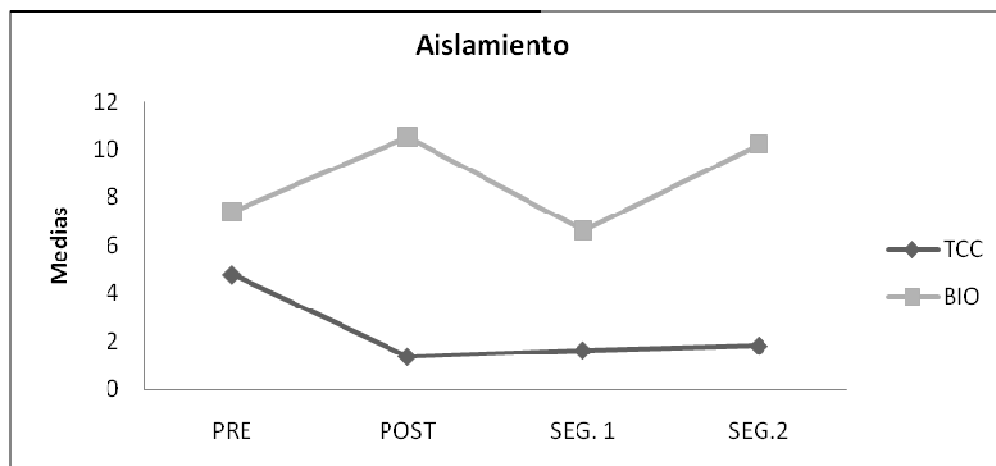


Figura 3

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Aislamiento .Pre, Post,

Seg1 y Seg2.

Percepción Corporal disfuncional

Las pacientes pertenecientes a la TCC disminuyeron significativamente sus puntajes en el post con respecto al pre ($p=.016$), comparando el post con el seg1 es visible una disminución, pero sin diferencias estadísticamente significativas ($p=1.000$). Comparando ambos seguimientos también se logra una disminución a los 3 meses aunque tampoco con diferencias significativas ($p=.444$), (Véase la Figura 4).

El grupo de BIO no mostró mejoría inmediatamente después de la intervención, sin embargo sí hubo una diferencia significativa entre el post y el seg1 ($p<.001$) que no se logró mantener en el seg2 ya que los puntajes fueron similares a los de la primera evaluación (Véase la Figura 4).

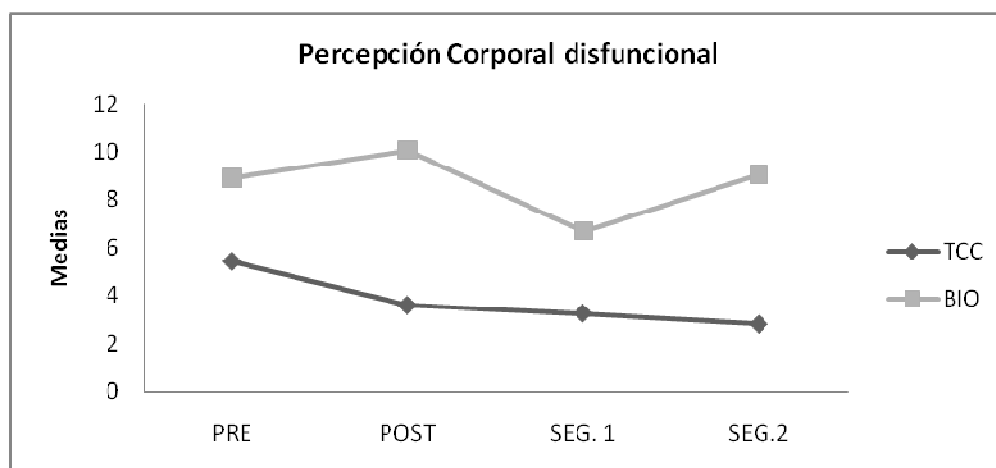


Figura 4

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Percepción corporal. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Deterioro Cognitivo

Hubo una mejoría significativa por parte de las participantes del grupo de TCC en la evaluación post ($p < .001$), durante el seg1 hubo disminución adicional aunque no fue significativa ($p = 1.000$) y estos valores se mantuvieron durante el seg2 ($p = 1.000$), (Véase la Figura 5).

En el grupo de BIO, no se notó un cambio durante la evaluación post, sin embargo, en el seg1 hubo un cambio significativo ($p = .023$) que no se mantuvo en el seg2. (Véase la Figura 5).

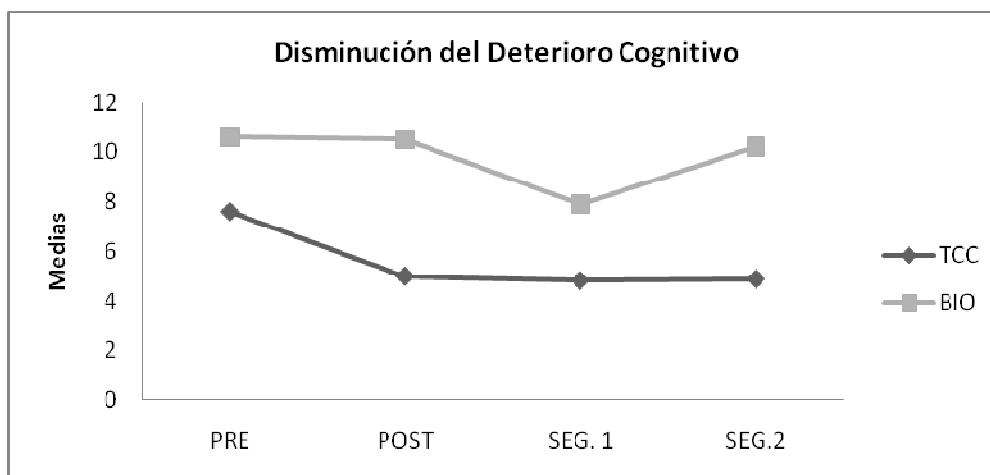


Figura 5

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Deterioro Cognitivo. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Actitud ante el tratamiento

Hubo mejoras significativas al realizar la evaluación post en el grupo TCC ($p < .001$), durante el seg1 hubo un ligero incremento aunque no fue significativo ($p = 1.000$), comparando las medias de ambos seguimientos no hubo cambios significativos (Véase la Figura 6).

En el grupo de BIO no se registró mejoría inmediata en la post evaluación ($p = 1.000$) pero sí durante el seg1 ($p < .001$) esta disminución no se observó durante el segundo seguimiento (Véase la Figura 6).

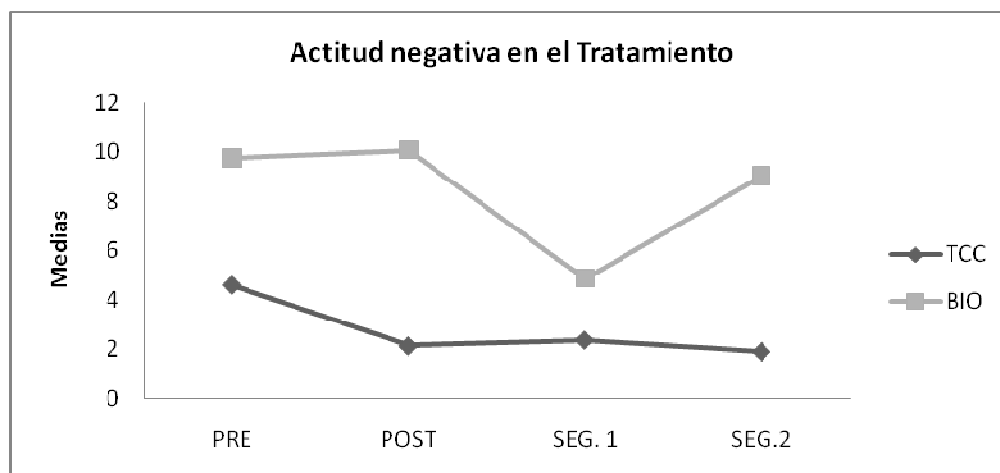


Figura 6

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Actitud en el Tratamiento. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Tiempo Libre

Las pacientes del grupo TCC tuvieron una mejoría significativa durante la post evaluación ($p < .001$) sin cambios significativos entre seguimientos ($p = 1.000$) es decir, la mejoría se mantuvo (Véase la Figura 7).

En el grupo de BIO se observó una disminución en los puntajes de pre a post, pero no fue significativa ($p = .419$), este efecto se mantuvo en el seg1 y seg2, aunque tampoco fue significativo ($p = .850$ y $p = 1.000$), (Véase la Figura 7).

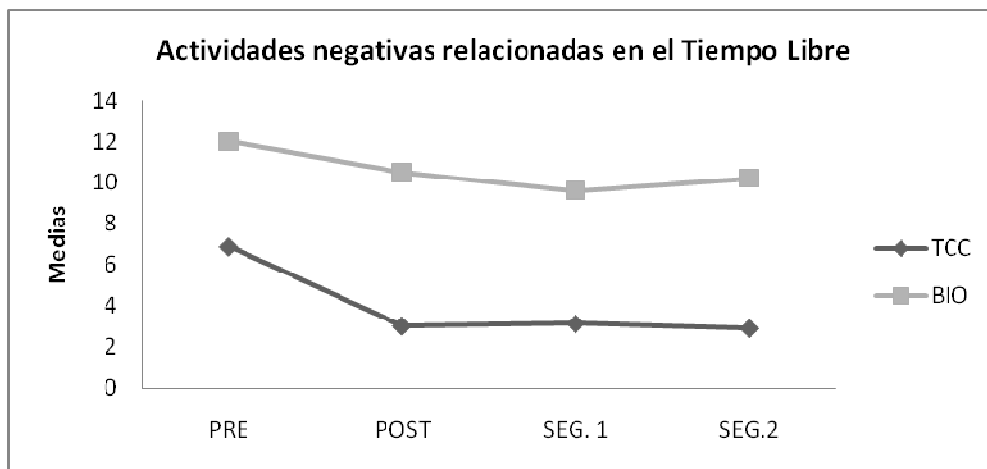


Figura 7

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Tiempo Libre. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Vida Cotidiana

Las pacientes que recibieron TCC lograron mejorar sus puntajes de manera significativa en la post evaluación ($p < .001$) mismos que se mantuvieron durante los seguimientos, sin cambios significativos ($p = 1.000$), (Véase la Figura 8).

Las pertenecientes al grupo de BIO, si bien disminuyeron sus puntajes en el post, éste no fue significativo ($p = 1.000$), siguieron disminuyendo durante el seg1 con significancia estadística ($p < .001$). En el segundo seguimiento hubo un efecto de regresión a la media que no alcanza a ser significativa ($p = .080$), (Véase la Figura 8).

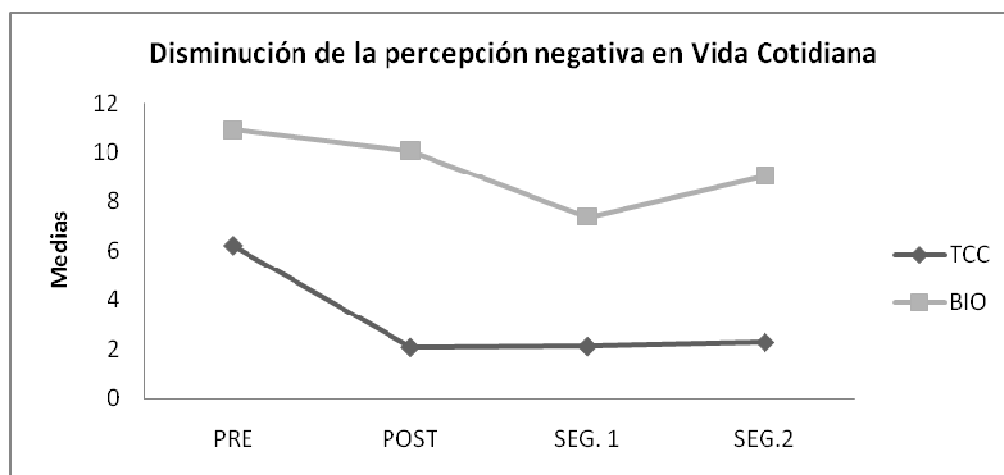


Figura 8

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Vida Cotidiana. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Dependencia Médica

En esta área, las pertenecientes a la TCC mostraron una mejoría no significativa en la post evaluación ($p=.133$) y tampoco durante ambos seguimientos ($p=1.000$), (Véase la Figura 9); mientras que el grupo de BIO, sí mostró una diferencia significativa en la post evaluación ($p<.001$), sin embargo, este cambio no se mantuvo al seg1, contrariamente a lo sucedido en áreas anteriormente evaluadas. También es notorio que durante el seg2 los puntajes disminuyeron significativamente ($p<.001$), (Véase la Figura 9).

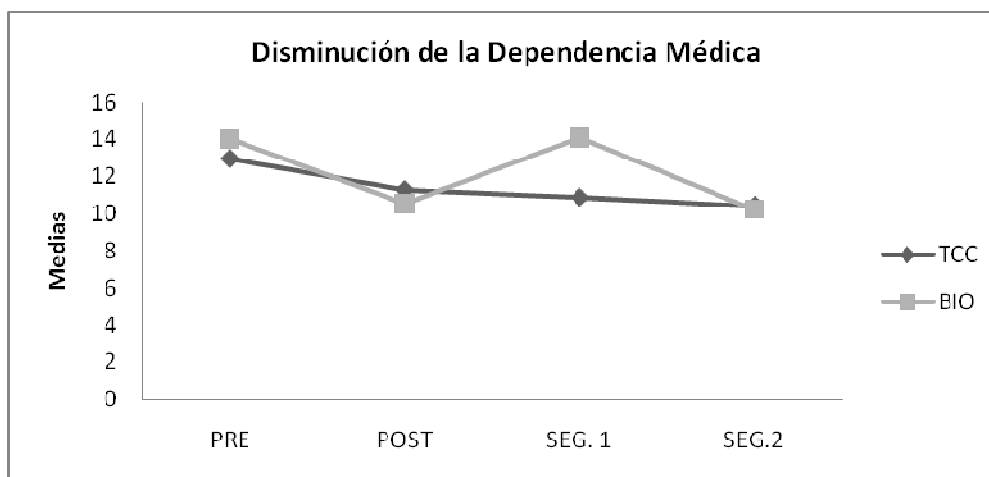


Figura 9

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Dependencia Médica. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

A continuación se presentan las áreas del InCaViSa en las que después de las intervenciones se esperaba un aumento en los puntajes de dicha escala.

Desempeño Físico

Las pacientes del grupo TCC no aumentaron su desempeño físico significativamente comparando las evaluaciones pre y post ($p=.509$), tampoco se observó un aumento significativo comparando el post con los seg1 y seg2 ($p= 1.000$ y $p= .220$) y comparando los seguimientos entre sí no hubo una diferencia significativa ($p=1.000$), sin embargo se mantuvieron en niveles normales (Véase la Figura 10). Las pacientes en BIO no mostraron significancia entre las evaluaciones pre y post ($p= .079$), no obstante, hubo una mejoría aunque no significativa en el primer seguimiento con respecto al post ($p= .071$). Con respecto al seg2 hubo una disminución significativa quedando así de manera similar a la evaluación inicial (Véase Figura 10).

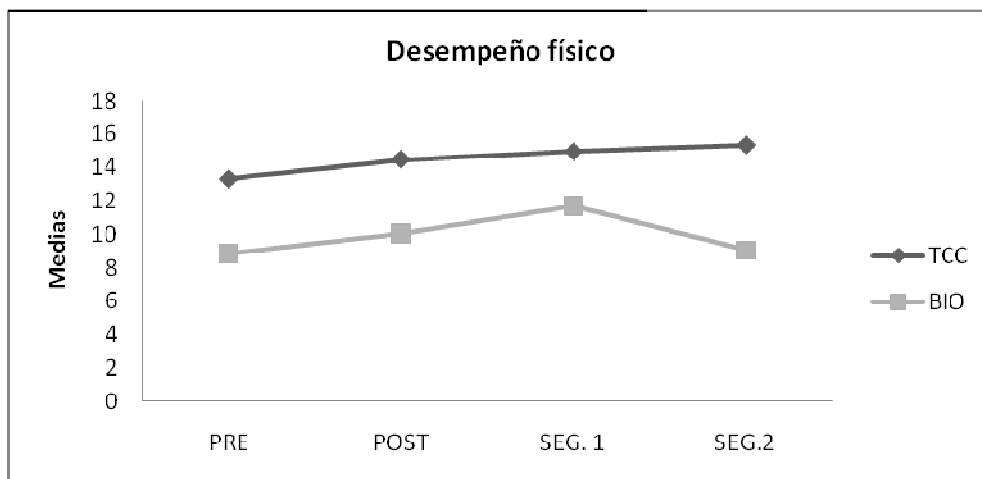


Figura 10

Muestra el aumento de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Desempeño Físico. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Familia

En las pacientes de TCC se observó una mejoría significativa en el post ($p=.017$), dicho incremento se mantuvo también en ambos seguimientos aunque no de manera significativa con respecto al post ($p=1.000$), ni entre ellos ($p=1.000$), (Véase la Figura 11). Las del grupo de BIO no mostraron un cambio significativo en el post ($p=1.000$), pero sí en el seg. 1 en donde hubo un incremento en cuanto a las interacciones familiares significativo ($p<.001$) no obstante este cambio se perdió en el seg 2. (Véase la Figura 11).

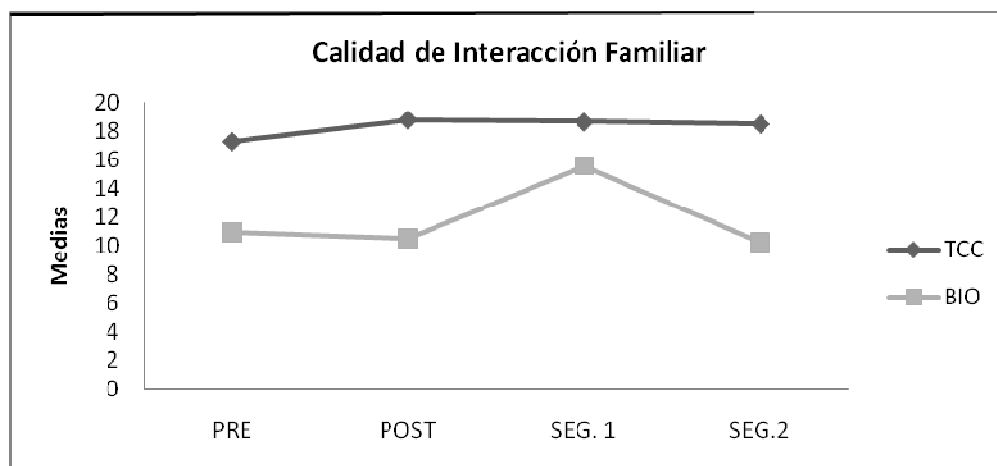


Figura 11

Muestra el aumento de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Familia. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Redes Sociales

En el grupo de TCC se registró un incremento en cuanto a las redes sociales, notándose así un cambio significativo en el post ($p=.004$), dicho cambio se mantuvo durante los seguimientos. La comparación del pre con el seg1 y las diferencias entre ambos seguimientos no arrojaron significancia estadística ($p=1.000$), (Véase la Figura 12). Las pacientes de BIO no mostraron un cambio significativo durante el post ($p=1.000$), pero al igual que en otras áreas hubo un incremento en las redes sociales durante el seg1 ($p=.001$) que no se mantuvo durante el seg2. (Véase la Figura 12).

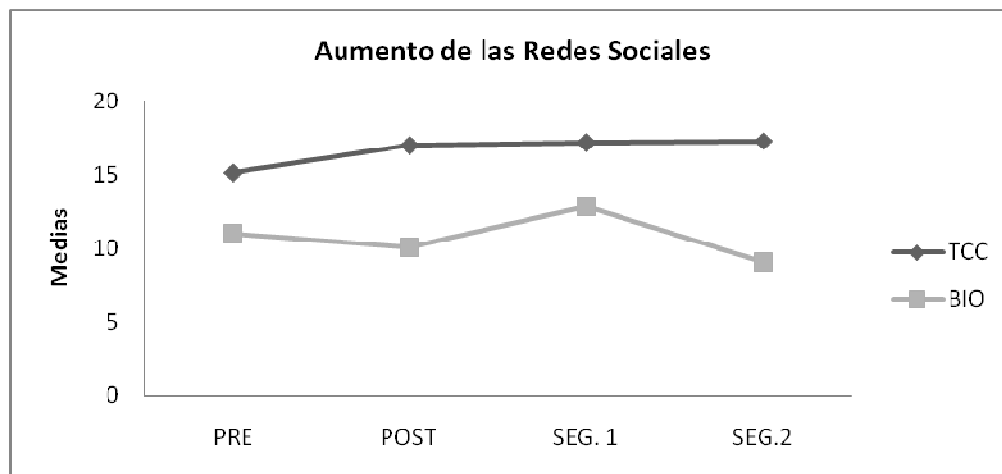


Figura 12

Muestra el aumento de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Redes Sociales. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Relación con el médico

El grupo de TCC logró una mejoría en los niveles de esta área de manera significativa al comparar el pre con el post ($p=.015$). Del post al seg1 se observa una ligera disminución no significativa ($p= .500$). En el seg2 vuelve a disminuir ligeramente en los puntajes aunque de forma no significativa ($p= 1.000$), (Véase la Figura 13). En el grupo de BIO no se observa una mejora en los niveles de esta área durante el post, a pesar de esto en el seg1 sí ocurre un aumento significativo comparado con el post ($p= .006$) aunque los niveles no son mayores a los obtenidos durante la pre evaluación. Por último se observa que este cambio no se mantiene durante el seg2. (Véase Figura la 13).

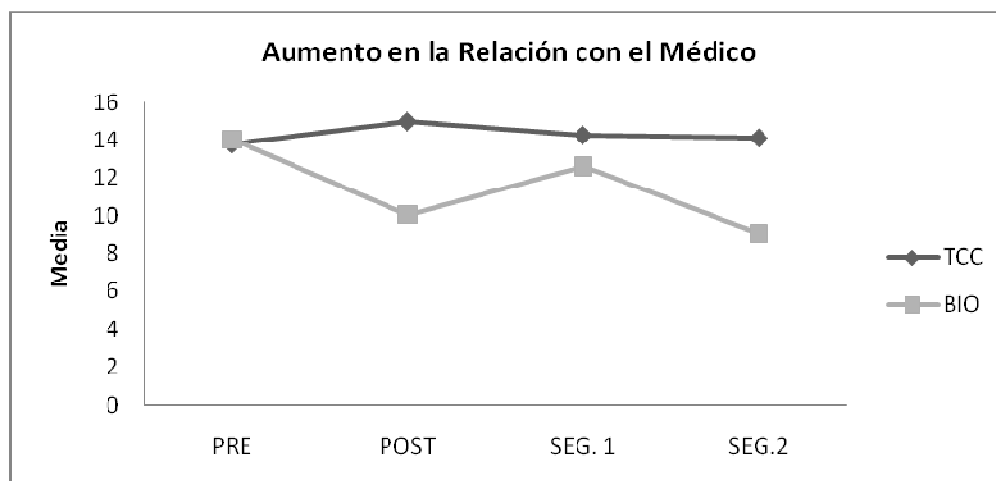


Figura 13

Muestra el aumento de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Relación con el Médico. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Depresión y Ansiedad

Ambos grupos disminuyeron sus niveles de Depresión (Véase la Tabla 4). Durante la pre evaluación, ambos grupos presentaban puntuaciones leves de Depresión. Después de la intervención las participantes de la TCC disminuyeron sus puntajes durante el post y alcanzaron un nivel mínimo de Depresión, estos niveles también se mantuvieron durante los dos seguimientos. Las pacientes en BIO, a pesar de que disminuyen los niveles, se mantienen en los niveles leves durante el post y ambos seguimientos (Véase la Figura 14).

Tabla 4. Medias y Desviaciones Típicas de Depresión por grupo en el pre, post, seg.1 y seg.2

Grupo	Medias/ (Desv. Típ)			
	Pre	Post	Seg.1	Seg.2
TCC	13.95 (8.8)	5.83 (4.7)	4.77 (3,9)	4.34(4.4)
BIO	16.44 (6.6)	14.04 (4.3)	13.78 (4.2)	14.58 (4.6)

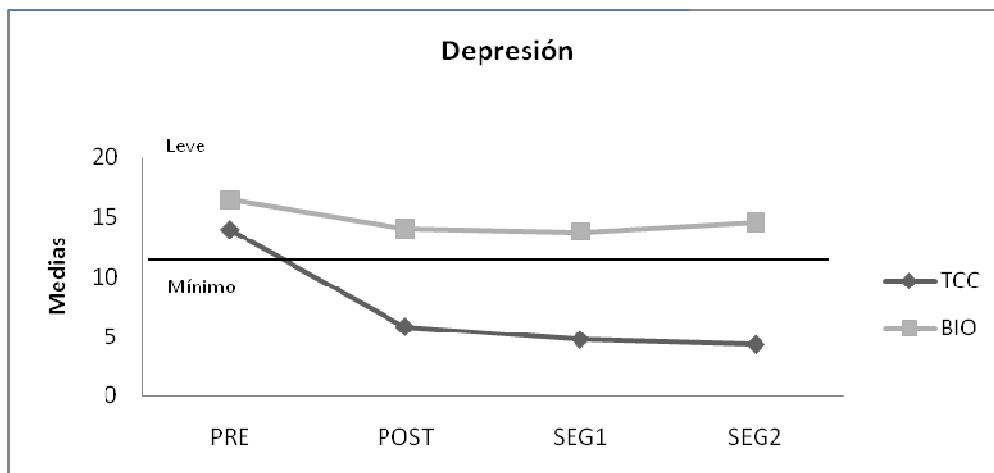


Figura 14

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Depresión evaluada por el BDI. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

Dado que el nivel de medición en las escalas de Depresión y Ansiedad es ordinal, para analizar los cambios a través de las cuatro mediciones en los puntajes del BDI y BAI se aplicó la prueba de Friedman, diseñada para comparar medias e identificar diferencias entre ellas. En caso de encontrar diferencias significativas, también se puede utilizar la prueba de Wilcoxon para dos grupos relacionados con el fin de ratificar, en su caso, las diferencias entre las mediciones (Pardo y Ruiz, 2002); dicho procedimiento se realizó en ambos grupos.

En el análisis con la prueba de Friedman ambos grupos mostraron diferencias significativas en las cuatro mediciones ($p < .001$). De manera individual el grupo que recibió TCC mostró diferencias significativas entre el pre y post ($p < .001$) y el pre y ambos seguimientos ($p = .000$) no entre el post y el seg1 ($p = .058$), pero sí entre el post y el seg2 ($p = .007$). Tampoco hubo diferencia significativa entre ambos seguimientos (Véase la Tabla 5).

En el grupo que recibió BIO arrojó diferencias significativas al compararse todas las evaluaciones entre sí, obteniendo el mismo nivel de significancia ($p = .001$), (Véase la Tabla 5).

Tabla 5

Análisis de Friedman y Wilcoxon para Depresión en ambos grupos

Grupo	Friedman		Z	Wilcoxon (Puntuaciones z)					
	Chi	gl		totalbdipost- totalbdipre	totalbdiseg1- totalbdipre	totalbdiseg2- totalbdipre	totalbdiseg1- totalbdipost	totalbdiseg2- totalbdipost	totalbdiseg2- totalbdiseg1
TCC	87.567	3	Z	-6.525 **	-6.593**	-6.458**	-1.894	-2.690*	-.753
BIO	36.000	3	Z	-3.64**	-3.64**	-3.64**	-3.64**	-3.64**	-3.64**

Nota . *p ≤ .05 y** p ≤ .01

Ansiedad

Las pacientes de ambos grupos presentaban niveles moderados de ansiedad durante la evaluación inicial, no obstante, las pertenecientes al grupo de TCC lograron disminuir aún más sus puntajes en la escala durante el post y mantuvieron niveles leves de ansiedad durante los seguimientos. Mientras tanto, el grupo de BIO logró una disminución durante el post y el seg.1 alcanzando niveles leves de ansiedad. Sin embargo, durante el seg.2 sus puntajes incrementaron y alcanzaron de nuevo niveles moderados (Véase la Tabla 6 y la Figura 15).

Tabla 6. Medias y Desviaciones Típicas de Ansiedad por grupo en el pre, post, seg.1 y seg.2

Grupo	Medias/ (Desv. Típ)			
	Pre	Post	Seg.1	Seg.2
TCC	15.41 (10.8)	7.15 (7.3)	6.14 (5.5)	6.08(7.0)
BIO	22.98 (20.3)	16.29 (9.6)	14.6 (8.9)	21.58 (17.8)

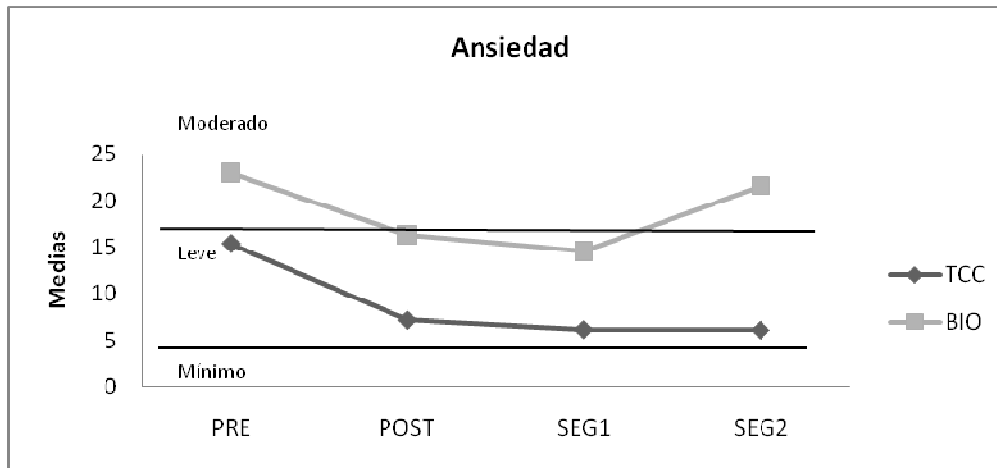


Figura 15

Muestra la disminución de las medias por grupo, a lo largo del tiempo en el área de Ansiedad evaluada por el BAI. Pre, Post, Seg1 y Seg2.

De acuerdo con la prueba de Friedman, tanto los pertenecientes a la TCC como las de BIO mostraron diferencias significativas en las cuatro evaluaciones ($p < .001$). Un análisis por grupo reveló que en el grupo TCC tuvo diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post ($< .001$) al igual que entre el pre y ambos seguimientos ($p < .001$) sin diferencias significativas entre el post y el seguimiento 1 ($p = .287$), ni entre el post y el

seguimiento 2 ($p=.091$), de igual manera no hubo diferencias significativas entre el seguimiento 1 y 2 ($p=.423$), (Véase la Tabla 7).

El grupo que recibió BIO mostró disminución en niveles de ansiedad durante el post de manera significativa con respecto al pre ($p=.024$) con un descenso significativo durante el seg.1 ($p=.002$), sin embargo, entre el post y el seg.2 ($p=.008$) también hubo una diferencia significativa, dado que aumentaron los niveles de ansiedad.

Tabla 7

Análisis de Friedman y Wilcoxon para Ansiedad en ambos grupos

Grupo	Friedman		Wilcoxon (Puntuaciones z)					
	Chi	gl	totalbdipost- totalbdipre	totalbdiseg1- totalbdipre	totalbdiseg2- totalbdipre	totalbdiseg1- totalbdipost	totalbdiseg2- totalbdipost	totalbdiseg2- totalbdiseg1
TCC	62.405**	3	-5.827**	-6.302**	-5.735**	-1.065	-1.693	-.801
BIO	21.564**	3	-2.257*	-3.829**	-2.890*	-3.037*	-2.665*	-3.994**

Nota . * $p \leq .05$ y ** $p \leq .01$

Conclusiones y Discusión

El objetivo de la presente investigación fue analizar los efectos de dos tipos de intervención (Terapia Cognitivo Conductual (TCC), y Bioretroalimentación (BIO) y su permanencia, sobre Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión en pacientes con cáncer de mama.

Los resultados señalan que las áreas de calidad de vida que más mejoraron en el grupo de TCC fueron las Preocupaciones, la Vida Cotidiana, la Dependencia Médica y el Desempeño físico. Diversos estudios (Marino et al. 2008; Monge, 2006 y Terol et al. 2001) documentan que el funcionamiento físico disminuye debido a la dificultad de las pacientes para realizar actividades cotidianas que anteriormente no les requerían gran esfuerzo. Las participantes de este grupo presentaban un esquema que involucraba cirugía, quimioterapia radioterapia, lo cual dificulta más la realización de diversas tareas.

Es muy probable que la situación de estar inmersa en diferentes tratamientos provoque en las pacientes diversas preocupaciones debido a la incertidumbre que involucra enfrentarse a un nuevo tratamiento, lo cual cambia en la mayoría de las ocasiones los estilos de vida que se llevan de manera cotidiana.

Con respecto a los niveles de ansiedad y depresión, al igual que la literatura lo señala estas pacientes presentaron niveles leves, ya que como

mencionan Amayra et al. (2001) y Gil y Costa (2005), después del diagnóstico de cáncer, las pacientes suelen presentar episodios reactivos de ansiedad y depresión que a veces disminuyen una vez que sobreviene un periodo de habituación. Sin embargo las pacientes expuestas a TCC redujeron por tiempo más prolongado sus niveles de ansiedad.

En el grupo de BIO las áreas que más se vieron afectadas fueron el desempeño físico y la dependencia al tratamiento además de las áreas de familia y Tiempo libre. Esto puede deberse a que la mayoría de estas pacientes acababan de recibir tratamiento quirúrgico o estaban a punto de recibirlo, lo cual normalmente involucra la participación de alguno o varios miembros de la familia para ocuparse de las actividades que desempeñaba la paciente en el hogar o fuera de este. Es posible que esto pueda provocar algún desajuste familiar por la redistribución de tareas y cargas de trabajo. Además, el tiempo de recuperación limita a las pacientes para realizar actividades satisfactorias durante su tiempo libre.

En el grupo de BIO particularmente, los niveles de ansiedad y depresión fueron mayores a los presentados en el grupo que recibía TCC, y esto puede explicarse con base en distintos autores (Golden-Kreutz et al. 2004; Fernández, 2004; Gil y Costa, 2005 y Lantz et al. 2005), los cuales expresan que las pacientes sometidas a un procedimiento quirúrgico como la mastectomía tienden a presentar mayores niveles tanto de ansiedad como

de depresión que las que no. Adicionalmente, las pacientes de este grupo en general solo recibieron un esquema de tratamiento, mientras que las del grupo de TCC estuvieron expuestas a cuatro, por lo que los bajos puntajes pueden deberse a la adaptación a procedimientos nuevos.

Después de administrar cada una de las intervenciones la TCC produjo cambios significativos en las evaluaciones post en la mayoría de las áreas y estos cambios se mantuvieron a lo largo del tiempo. Estos resultados coinciden con lo documentado por Sánchez et al. (1999) en el sentido de que, a medida que transcurre el tiempo, los montos de los efectos que genera la TCC se mantienen y continúan mejorando, aunque con menor magnitud que los cambios inmediatos al tratamiento. Quizá haga falta a futuro hacer énfasis en la transferencia del control de la situación de las pacientes a los miembros naturales de su comunidad a fin de consolidar los efectos clínicos y su duración.

También se observó que la TCC fue eficaz, tanto en el aumento de los niveles en calidad de vida como disminuyendo ansiedad y depresión. Lo cual, coincide con otras investigaciones (Antoni et al. 2009; Bellver, 2007; Edelman et al. 1999 y Osborn et al. 2006) que mencionan también haber obtenido altos puntajes en calidad de vida y bajos en ansiedad y depresión, además de que algunas de estas investigaciones tuvieron un impacto a mediano plazo. Esto podría atribuirse principalmente, como mencionan Sánchez et al. que las terapias individuales están diseñadas de acuerdo a

las necesidades de cada una de las pacientes. En el caso del presente estudio, estas necesidades fueron definatorias de ajustes a la administración de las intervenciones.

En el presente estudio no se obtuvieron las mejorías que hubieran sido clínicamente deseables en cuanto al desempeño físico, caso contrario a lo que ocurrió en la investigación diseñada por Hunter, et al. (2009), donde con la intervención TCC se incrementó el área vitalidad y energía. No obstante, no hay que olvidar que las participantes de este grupo estuvieron sometidas a varios tratamientos que les provocan un desgaste físico de relativa larga duración.

Por otro lado, la BIO redujo principalmente la ansiedad, tal y como lo mencionan otras investigaciones (Burish y Jennkins ,1992; Gruber et al. 1993 y Henry, 1986) debido a que su principal contribución recae en la regulación psico-fisiológica de las reacciones emocionales por mediante técnicas de relajación monitoreadas y retro-alimentadas con precisión y en tiempo real.

La BIO no logró un impacto estadísticamente significativo en Calidad de Vida pero sí una mejoría modesta en Funciones cognitivas, Tiempo libre, Vida cotidiana, Dependencia médica y Desempeño físico. También es notorio que es hasta el primer seguimiento donde se observa un mejor

resultado, y esto puede deberse a que tal vez en el momento de la post evaluación las pacientes pudieron haber sido sometidas a algún tratamiento oncológico o tuvieron alguna complicación médica que resultó bastante estresante para ellas, y en el seg1 probablemente las pacientes ya habían aprendido mejor las técnicas empleadas y por lo tanto se encontraban mejor adaptadas a la enfermedad. Estudios futuros deberían examinar esta posibilidad. Otro motivo, que pudiera explicar este efecto en el primer seguimiento es que el procedimiento de retroalimentación biológica ha demostrado ser relativamente incómodo y molesto para algunos pacientes, y la vigilancia misma del terapeuta pudiera ser también un factor estresante, además de que artefactos tales como movimientos súbitos por parte del paciente podrían afectar las mediciones y por tanto la calidad de la retroalimentación biológica misma (Burish y Jenkins, 1992). A pesar de que fueron visibles estas ligeras mejoras en el seg1, dichos cambios no se mantuvieron en el seg2.

En cuanto, a la depresión, hubo un impacto importante en ambos grupos durante el post y, en este aspecto sí se pudieron mantener los cambios a lo largo de los seguimientos.

Se vuelve fundamental especificar, que se obtienen datos diferentes en ambas intervenciones debido a la naturaleza de las mismas, esto implica que la BIO no parece generar mejoras importantes en CV, debido a que este

entrenamiento se limitó al uso de las técnicas de relajación principalmente durante 20 sesiones. En contraste, la TCC durante el mismo aproximado de 20 sesiones, se incluye el uso de diferentes técnicas que modifican pensamientos, emociones y conductas disfuncionales que afectan la calidad de vida. Al abarcar otros aspectos del funcionamiento humano es probable que unos de ellos ayuden a mejorar los otros en una interacción natural que se da en la vida diaria. La paciente aprende a resolver y afrontar de manera exitosa los diferentes problemas que se presentan durante el curso de la enfermedad y quizá otros relacionados sólo tangencialmente con ésta.

Finalmente, es importante mencionar algunas limitaciones que se tuvieron en el transcurso de la presente investigación, como el hecho de no haber realizado una aleatorización de las participantes. Sin embargo, esto resultó literalmente imposible dadas las condiciones institucionales del ambiente hospitalario en que se realizó el presente estudio. Además, las muy escasas posibilidades económicas de muchas pacientes hubieran dificultado en extremo la posibilidad real de trasladarse a los diferentes espacios en donde se brindaban las intervenciones al resultar aleatoriamente distantes. Este efecto podría haber aumentado drásticamente el abandono de la participación en el estudio.

Tampoco fue posible analizar el efecto del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de las pacientes, esto hubiera servido para explorar el nivel de adaptación de las pacientes a su condición al inicio de la intervención.

Dado que las pacientes también diferían en edad y tipo de tratamiento la interpretación de resultados podría haberse visto oscurecida. Sería recomendable tomar con cautela dichos efectos y explorarlos de manera más sistemática en investigaciones futuras, así como analizar el impacto de la TCC en diferentes grupos de edades, estadios clínicos o tipos de tratamiento. De la misma manera, sería tal vez importante, considerar una intervención combinada que incluya tanto la TCC como la BIO, con el fin de examinar la efectividad consolidada de ambas intervenciones.

Referencias

Aaron, R. R. (2007). Una Guía Sobre el Cáncer de Mama Para Toda Mujer. Chicago, Y-ME Nacional Breast Cancer Organization. pp 9-17. Recuperado el 5 de Junio de 2008, de <http://www.y-me.org>

Aguilar, P. J y De la Garza, S. J. (2006). Quimioterapia. En A. Herrera, M. Granados & J. G. De la Garza (Eds.), Instituto Nacional de Cancerología. Manual de oncología. Procedimientos médico quirúrgicos (pp.1-7). México: McGraw Hill Interamericana.

Amayra, I., Etxeberria, A. y Valdosedá, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las Complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao*, 98, 10-15.

American Cancer Society. (2010). [Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010](#). [Archivo de datos]. Disponible en: http://www.cancer.org/downloads/stt/CFF2008M&F_Sites.pdf

American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network. (2007). Cáncer del seno versión IX . Guías de Tratamiento para pacientes.

pp. 20 -34. Recuperado el 14 de Abril de 2008, de http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/NCCN_seno.pdf

Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K. et al. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 580-591.

Arraras, J.I., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.

Austrich, E y González, M. (2007). *Una oportunidad de vida. El papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama*. México: Norma.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York, E.U: The Guilford Press.

Bellver, A. (2007). Efficacy of a group therapy on quality of life and emotional state in women with breast cancer. *Psicooncología*, 4, 133-142.

Burish, T. G. & Jenkins, R. A. (1992). Effectiveness of Retroalimentación biológica and Relaxation Training in Reducing the Side Effects of Cancer Chemotherapy. *Health Psychology*, 77(1), 17-23.

Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.

Cárdenas, S. y Sandoval, G. (2006). Segunda Revisión del Concenso Nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 5 (2), 3-20.

Couzijn, A.L., Ros, W.JG & Winnubst, J.A. (1990). Cáncer. En A. A. Kaptein., H. M. Van der Ploeg H.M., B. Garssen., P. J. Schreurs & y R. Beunderman. (Eds.), *Behavioural Medicine. Psychological treatment of somatic disorders*. England: John Wiley & Sons.

D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª. ed.). Nueva York: Springer.

Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, 13, 211-220.

Die Trill, M. (2006). Sexualidad y Oncología: Alteraciones en la Respuesta Sexual tras el cáncer. *Contigo*, 7, 18 -21.

Die Trill, M. (2003). *El cáncer de mama. Psicooncología*. Madrid: Ades, 2003:165-184

Edelman, S., Bell, D. & Kidman, A. (1999). Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 189-202.

Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. & Hölzel, D. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.

Fahrion, S. L. & Norris, P. A. (1990). Self-regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54(2), 217-231.

Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.

Flórez, L. (2003). Felicidad y salud. *Revista de Salud Global*, 3(1), 15-22.

Gammon, M., Neugut, A., Santella, M., Teitelbaum, S., Britton, J., Terry, M., et al. (2002). The Long Island Breast Cancer Study Project: description of a multi-institutional collaboration to identify environmental risk factors for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1, 235–254.

Gil, F., y Costa, G. (2005). Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo (Mastectomía y Salpingooforectomía Profiláctica). *Psicooncología*, 2(2-3), 317-328.

Gruber, B. L., Hersh, S. P., Hall, N. R., Waletzky, L. R., Kunz, J. F., Carpenter, J. K. et al. (1993). Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Retroalimentación biológica & Self Regulation*, 18(1), 1-22.

Henson H. (2002). Breast cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 20(4), 261-275.

Henry, D. (1986). Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer. *Psychological Reports*, 59(2), 967-974.

Herrera, G. A., Granados, G. M y De la Garza, S. J. (2006). El cáncer. En A. Herrera, M. Granados & J. G. De la Garza (Eds.), Instituto Nacional de Cancerología. Manual de oncología. Procedimientos médico quirúrgicos (pp.1-7). México: McGraw Hill Interamericana.

Hunter, M. S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I. & Grunfeld, E. A. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 18, 560-563.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos Nacionales. [Archivo de datos]. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aProposito.asp?s=inegi&ep=27&c=2750>

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Lara, M., Arce, S., Alvarado, M., Pérez, S., Castañeda, S., Ramírez, U., et al. (2006). Cáncer de mama. En A. Herrera, M. Granados & J. G. De la Garza (Eds.), Instituto Nacional de Cancerología. Manual de oncología. Procedimientos médico quirúrgicos (pp.464-471). México: McGraw Hill Interamericana.

Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317-328.

Lantz, P. M., Janz, N. K., Fagerlin, A., Schwartz, K., Liu, L., Lakhani, I. et al. (2005). Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research*, 40(3), 745-768.

Levrier y Dlihuydy (1986). Radioterapia. En A. Tamblay y B. Bañados. Psicooncología del cáncer de mama. Tesis de licenciatura. Universidad de Chile.

Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(41), 1-12.

Marino, P., Roché, H., Biron, P., Janvier, M., Spaeth, D., Fabbro, M. et al. (2008). Deterioration of Quality of Life of High-Risk Breast Cancer Patients Treated with High-Dose Chemotherapy: The PEGASE 01 Quality of Life Study. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)*, 11(4), 709-718.

Mc Taggart, L. (2008). Cáncer de mama: la cuchillada trapera. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*, 58, 43-50.

Ministerio de salud pública y asistencia social (2006). "La detección precoz del cáncer de mama puede ayudar a salvar la vida de las mujeres". Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. pp. 6-10. Recuperado el 22 de Marzo de 2008, de <http://www.mspas.gob.sv>

Monge, R. F. (2006). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama - hospital essalud cusco. *Situa*, 15(1,2), 48-54.

Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F. & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8(330), 1-6.

Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo, y C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1062). Madrid, España: Siglo XXI Editores.

Olivares, B., Naranjo, F. y Alvarado, A. (2007). Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6(4), 87-90.

Organización Mundial de la Salud. (2008). ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>

Osborn, R., Demoncada, A. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 13-34.

Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11 Guía para el análisis de datos*. Madrid, España: Mc Graw Hill.

Pires, D. y Nobre, A. (2003). Enfrentando a Mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas á sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.

Porzsolt, F., Wolpl, C. P., Rist, C. E., Kosa, R., Buchele, G. & Gaus, W. (1996). Comparison of 3 instruments (QLQ-C30, SF-36, QWB-7) measuring health related quality of life and quality of well-being. *Psychooncology*, 5(2), 103-17.

Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio Mortalidad/Morbilidad. Morbilidad Mortalidad. Secretaría de Salud (2003) [Versión CD-ROM].

Riveros, R. A., Sánchez-Sosa, J.J. y Del Águila, M. (2009). Inventario de calidad de vida y Salud (InCaViSa). México: Manual Moderno.

Rizo, P., Sierra, C., Vázquez, P., Cano, G., Meneses, G. y Mohar, A. (2007). Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 - 2004. *Cancerología*, 2, 203-287.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.

Rojas, M. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes*, 17(4), 194-197.

Sánchez, M. J., Alcázar, A. I y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 1999, 11(3), 641-654.

Suárez, V. (2004). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *PsicologíaCientífica.com*. 1-11. Recuperado el 18 Agosto de 2008, de

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-98-1-mastectomia-afrontamientos-y-autopercepcion-corporal.html>

Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., Mora, M., Martín-Aragón, M. et al. (2001). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2), 111-122.

Winchester, D. J. (2000). Surgical managements of Stage I and II breast cancer. En D. J. Winchester & D. P. Winchester (Eds.), *Breast Cancer* (pp. 187-192). Ontario, Cánada: BC Decker Inc.

ANEXO 1

Protocolo "Factores psicosociales de la atención de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama" IN-303907

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Testigo 1, firma _____

Nombre, dirección y relación con el paciente

Testigo 2, firma _____

Nombre, dirección y relación con el paciente

Entrevistador:

Fecha:

ANEXO 2

<p>INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD</p> <p>ANGELICA RIVEROS JUAN JOSE SANCHEZ SOSA MARK ANDREW GROVES</p>  <p>FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO VERSION 4. © 2000-2005</p>

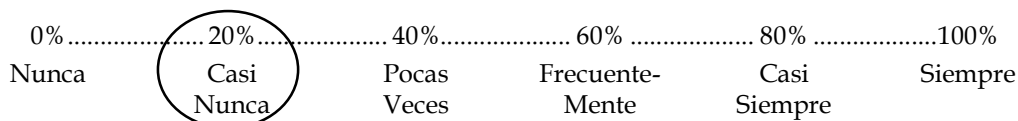
Instrucciones

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

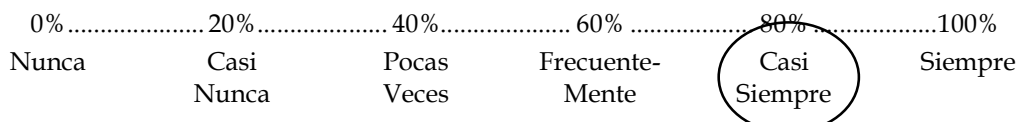
Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

Ejemplo

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.



Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".



Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

3. Mi salud en general es...

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

4. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

Durante las últimas 2 semanas...
Preocupaciones

5. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

6. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

7. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

8. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...
Desempeño físico

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
11. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Aislamiento

13. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
14. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
15. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
16. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...
Percepción corporal

17. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
18. Me siento restringido(a) por mi peso.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
19. Me da pena mi cuerpo.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
20. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...
Funciones cognitivas

21. Se me olvida en dónde puse las cosas.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
22. Se me olvidan los nombres.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
24. Tengo problemas con mi memoria.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...
Actitud ante el tratamiento

25. Me fastidia tomar tantas medicinas.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
26. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
27. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
28. Me siento incómodo(a) con mi médico.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
-

Durante las últimas 2 semanas...

Tiempo Libre.

29. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
31. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
32. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...
Vida Cotidiana.

33. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
34. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
35. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
36. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...
Familia

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
39. Mi familia me comprende y me apoya.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
40. Mi familia cuida mis sentimientos.
- | | | | | | |
|-----------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...
Redes Sociales

41. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
42. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
43. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
-

Durante las últimas 2 semanas...

Dependencia Médica.

45. Espero que el médico cure todos mis síntomas.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
46. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
47. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |
48. El responsable de que me cure es el médico.
- | | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| A0% | B20% | C40% | D60% | E80% | F100% |
| Nunca | Casi
Nunca | Pocas
Veces | Frecuente-
Mente | Casi
Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Relación con el Médico.

49. Disfruto asistir al médico.

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

50. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

51. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

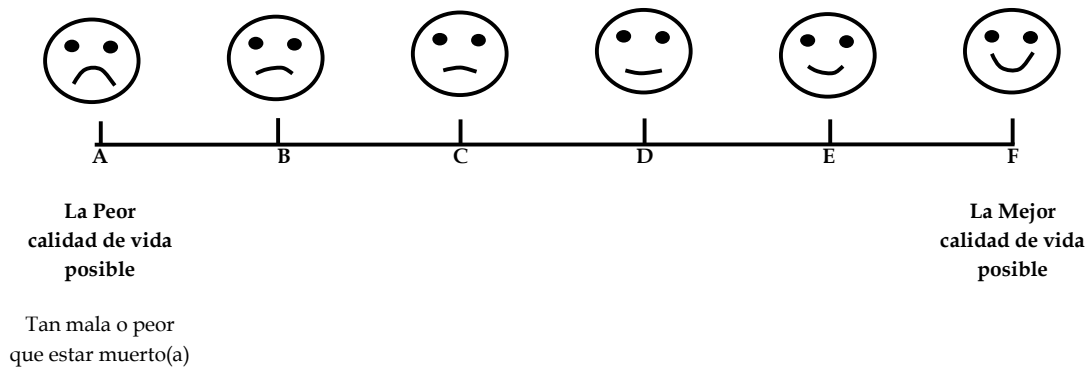
A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

52. Necesito atención médica constantemente.

A0%	B20%	C40%	D60%	E80%	F100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Bienestar y Salud

53. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



Comentarios generales

54. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de ésta página.

55. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).

NO SI, por favor describa: _____

56. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

NO SI, por favor describa: _____

57. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

¿Vive solo? Si No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quienes vive y la relación o parentesco que tienen con usted

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad (marque uno):

- Primaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Primaria Completa
- Secundaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Secundaria completa
- Estudios comerciales: Escriba de qué tipo: _____
- Preparatoria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Preparatoria completa
- Estudios Universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido:

¿Cuál es su ocupación?: _____

Ingreso promedio mensual _____ \$ _____

Ingreso promedio mensual
de los habitantes en su casa \$ _____

Gracias por su participación y paciencia

ANEXO 3

INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, marzo, 2007.

Instrucciones:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, encierre en un círculo cada una.

Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto

8.	No creo ser peor que otras personas	Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo
11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irritan las cosas que antes me irritaban
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor que lo normal	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero esforzarme más para empezar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como antes	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga, me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa

18.	Mi apetito no es peor de lo normal	Mi apetito no es tan bueno como antes	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he bajado mucho de peso últimamente	He bajado más de dos kilos	He bajado más de cinco kilos	He bajado más de ocho kilos

20. **A propósito** estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI _____,
NO _____.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO 4

INVENTARIO DE BECK, BAI

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

Instrucciones:

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

Síntoma

- | | | | | | |
|-----|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. | Entumecimiento, hormigueo. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2. | Sentir oleadas de calor (bochorno). | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3. | Debilitamiento de las piernas. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4. | Dificultad para relajarse. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5. | Miedo a que pase lo peor. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6. | Sensación de mareo. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7. | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8. | Inseguridad. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9. | Terror. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. | Nerviosismo. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |

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

ANEXO 5

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

BITÁCORA CLINICA

Nombre del paciente _____ Edad _____

Diagnóstico _____ Fecha del diagnóstico _____

No. Expediente INCan _____

Fecha de hoy _____ Nombre del Terapeuta _____

Tratamiento médico actual _____

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

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

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

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

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

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

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

g) Metas u objetivos para la siguiente sesión.

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

ANEXO 6 Folleto de Psicoeducación

INFORMACIÓN PARA SOBRELLEVAR EL CÁNCER DE MAMA

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

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

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

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

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

CÁNCER DE MAMA.

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

PRONÓSTICO

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

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

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

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

TRATAMIENTO

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

Algunos tratamientos del cáncer de mama son:

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

EFFECTOS SECUNDARIOS O DESAGRADABLES DEL TRATAMIENTO.

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

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

RECOMENDACIONES

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

1. Cualquier nueva bolita o bulto en el cuerpo, en especial en los senos.
2. Dureza en un seno que persiste aún después de la menstruación.
3. Inflamación en los senos aún después de un tratamiento, y posibles bolitas o bultos que aparecen y desaparecen frecuentemente.
4. Dolor que no permite estar tranquila ni dormir aún relajándose.
5. Salida de flujo o líquido con sangre.
6. Pezones que se hunden demasiado o aplastamiento de la piel.

7. Cambio o descamación del pezón.

ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE MAMA

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

1. Incertidumbre antes del diagnóstico

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

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

2. La crisis posterior al diagnóstico

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

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

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

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

3. Dudas durante el tratamiento

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

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

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

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

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

5. La enfermedad continúa o se agrava: fase terminal

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

ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

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

Según el tiempo en que una persona se adapta al diagnóstico de cáncer a veces hay distintas situaciones que ayudan a una aceptación positiva de la enfermedad. Entre otras se encuentran: el apoyo que den familiares y amigos, una buena relación de pareja, la aceptación de los cambios físicos por la enfermedad o el tratamiento, la edad de la paciente, la forma en la que expresan sus sentimientos, lo que esperan del éxito del tratamiento, el interés por actividades que le gusten, las molestias que dé el tratamiento y la cantidad de otros problemas que tenga la paciente en ese momento.

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

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

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

¿CUÁL ES EL BENEFICIO DE ACUDIR CON UN PSICÓLOGO?

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

Los objetivos principales del trabajo psicológico son:

- 1.- Tratar los problemas que pueden presentarse en las pacientes con cáncer de mama, como, depresión, ansiedad, crisis de angustia, estrés y alteraciones en el pensamiento.
 - 2.- Propiciar el bienestar y una buena calidad de vida, desde el momento en que se sospecha que se sufre el padecimiento y a lo largo de toda la vida. Se buscan las menores consecuencias negativas en lo personal, lo familiar, lo laboral y lo social.
 - 3.- Ayudar a cambiar las formas en que enfrentamos la enfermedad y que no favorecen la adaptación psicológica.
 - 4.- Acompañar a la paciente en la elaboración de los duelos provocados por las pérdidas que atraviesa.
 - 5.- Asesorar a la familia y formar un equipo terapéutico entre la paciente, su cuidador primario y los especialistas.
 - 6.- Apoyar el trabajo de las emociones, pensamientos y conductas que se desarrollan ante situaciones de enfermedad.
-

PROTOCOLO: FACTORES PSICOSOCIALES EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE MAMA

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

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

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

ANEXO 7

IN-303907 ENTREVISTA CORTA

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

Nombre del paciente:

Género:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Domicilio:

Estado civil:

Escolaridad:

Profesión u ocupación:

Religión:

Nacionalidad:

Teléfono:

Celular:

¿Cuántos hijos tiene?

Dx:

Fecha del Dx:

Otras enfermedades:

Cirugías (anteriores y programadas):

Medicamentos que toma:

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

Tratamientos:

Realizados	Por realizar

Síntomas experimentados actualmente:

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

Con quién vive actualmente:

Cuál es su cuidador primario actualmente:

FAMILIOGRAMA

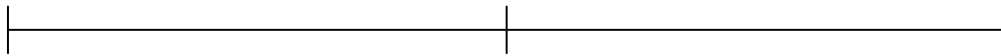
¿Ha estado en psicoterapia anteriormente, número de sesiones (aproximado) y cómo concluyó?

¿Con quién más ha estado consultando su problema?

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

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

En qué grado 0=Nada 10=Mucho



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Familiares	Sociales
Laborales	Sexuales

EXAMEN MENTAL

Conducta y aspecto general del paciente

Atención y concentración

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

Orientación:

Reactividad:

Estado de ánimo

Observaciones:
