



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE AFRONTAMIENTO,
SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA DE PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA SOMETIDAS A MASTECTOMÍA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MÓNICA RAMÍREZ OROZCO

DIRECTOR:

DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

COMITÉ:

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ANGELICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DRA. CARMEN LIZETTE GÁLVEZ HERNÁNDEZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Ciudad de México

ENERO 2017



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.

“La diferencia entre el sabio y el ser corriente es que el primero puede manifestarle un amor incondicional al que sufre y hacer todo lo que está en su mano para atenuar su dolor, sin que su propia visión de la existencia se tambalee. Lo esencial es estar disponible para los demás, sin por ello caer en la desesperación cuando los acontecimientos naturales de la vida y la muerte siguen su curso.”

Matthieu Ricard



AGRADECIMIENTOS:

A mis padres. Sin ustedes nada en mi vida sería posible, gracias por sus enseñanzas y sobre todo por su apoyo y amor infinito. Simplemente me dan la fuerza que se necesita para no marcharse...

A mis amigos, que reto a reto permanece su compañía, su confianza y su amistad, sigamos avanzando juntos.

A mi hermano, por estar siempre conmigo, a la distancia, vigilando cada paso.

A Úrsula, porque sin esperarlo llegaste a iluminar nuestras vidas, te has convertido en un motivo más para luchar, para mejorar y enseñarte un mundo mejor.

A cada uno de mis tutores, por su apoyo, sus enseñanzas y sobre todo su paciencia.

A todo el personal del Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3 CMN La Raza por las facilidades otorgadas para el desarrollo de este protocolo.

Con mucho afecto a cada uno de los médicos del servicio de Oncología por su confianza, su apoyo y enormes enseñanzas. A los médicos residentes (Mariana Gómez, Israel Herrera, Caín Calva, Gamaliel Hernández, Tania Hernández, Agni Jaim Muñoz, Rogelio Robles, Luis Alberto Solís, José Luis López, Catya Sierra) gracias por integrarme en su trabajo diario, por las enseñanzas, confianza y amistad; deseando que la sencillez y humanidad que los caracteriza siga guiando su práctica médica.

A Tania Vélez, por tu gran apoyo en este proyecto y por tus deseos de aprender y continuar esta hermosa labor.

Sobre todo, a cada una de las mujeres que están luchando contra el cáncer de mama, a aquellas que participaron en este trabajo y todas las que se han cruzaron en mi camino. Sus enseñanzas permanecerán en mí, son y serán motivación para seguir trabajando y creciendo.

Gracias por su dedicación, su confianza, su lucha por la vida.

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Marco Teórico	10
Cáncer de mama-----	
Diagnóstico y tratamiento-----	11
Epidemiología-----	18
Afecciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama-----	21
Afrontamiento-----	23
Ansiedad, depresión y cáncer de mama-----	25
Intervenciones psicológicas ante la Mastectomía Radical Modificada-----	29
Justificación	33
Objetivo	37
Pregunta de Investigación	
Método	
Participantes-----	
Escenario-----	40
Diseño-----	
Instrumentos-----	41
Materiales-----	43
Procedimiento -----	
Resultados	46
Análisis descriptivo-----	
Análisis estadístico-----	49
Discusión y conclusiones	57
Limitaciones y sugerencias	64
Referencias	66
Anexos	
1. Consentimiento informado -----	75
2. Entrevista semi-estructurada para pacientes con cáncer de mama-----	77

3. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS-----	78
4. Inventario de Afrontamiento Cope-28-----	80
5. Registro para estrategia de solución de problemas-----	81
6. Cuestionario de evaluación de riesgos de la intervención-----	82
7. Registro de pensamientos disfuncionales-----	83
8. Programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía-----	84
9. Tabla de investigaciones revisadas-----	87
10. Técnicas utilizadas en el protocolo-----	89

RESUMEN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial. En México dicha enfermedad se sitúo como la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 20 años. Las mujeres con dicho padecimiento habrán de enfrentar situaciones estresantes y reacciones emocionales desde el momento del diagnóstico y por el resto de su vida que amenazan potencialmente su bienestar físico y psicológico. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud mediante estrategias basadas en la investigación. La TCC ha mostrado resultados positivos en pacientes con cáncer de mama, sin embargo, pocos estudios se han realizado en nuestro país para evaluar y apoyar emocional y psicológicamente a las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. Por ello el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual basada en psicoeducación, relajación autógena y reestructuración cognitiva sobre los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada. Mediante un estudio piloto: pre-experimental con mediciones repetidas se evaluó a 26 mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer de mama y se brindó una intervención cognitivo-conductual la cual tuvo un efecto significativo sobre los estilos de afrontamiento ($p=0.034$) cambiando de estilos pasivos hacia estilos predominantemente activos al finalizar la intervención y un efecto marginalmente significativo sobre la sintomatología ansiosa ($p=0.06$), mientras que para la sintomatología depresiva no se observaron cambios en las mediciones.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, ansiedad, depresión, afrontamiento, Terapia Cognitivo Conductual

Abstract

Breast cancer is the most common cancer in women globally. In Mexico, the disease is the second leading cause of death in women over 20 years of age. Women with this condition will have to face stressful situations and emotional reactions from the moment of diagnosis and for the rest of their life that potentially threaten their physical and psychological well-being. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) seeks to modify cognitions and behaviors that complicate health problems through research-based strategies. CBT has shown positive results in patients with breast cancer, however, few studies have been conducted in our country to evaluate and emotionally and psychologically support patients with breast cancer undergoing mastectomy. Therefore, the present study aimed to evaluate the effect of a cognitive-behavioral intervention based on psychoeducation, autogenic relaxation and cognitive restructuring on coping styles, anxious and depressive symptomatology of patients with breast cancer undergoing radical modified mastectomy. A pre-experimental study with repeated measurements evaluated 26 women over 18 years of age with a diagnosis of breast cancer and provided a cognitive-behavioral intervention that had a significant effect on coping styles ($p = 0.034$) changing from passive styles to predominantly active styles at the end of the intervention and a marginally significant effect on anxious symptomatology ($p = 0.06$), whereas for depressive symptomatology no changes in measurements were observed.

Key words: Breast cancer, mastectomy, anxiety, depression, cope, Cognitive behavioral therapy

Introducción

En la actualidad, el cáncer representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Desde el año 2012 ha habido 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con este padecimiento (Ferlay et al., 2013).

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres tanto en países desarrollados como aquellos en vía de desarrollo. Tan sólo durante el año 2011 se registraron en el mundo 508,000 muertes de mujeres por esta causa (Jemal et al., 2011).

La incidencia de cáncer de mama en México es de 20 444 por cada 100 mil habitantes, hay una prevalencia de 75 529 y un índice de mortalidad de 5 680 en una tasa de 100 mil habitantes; ya desde 2008 se calculó que para el año 2030 alrededor de 24 386 mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama, de las cuales el 40% (9,778) morirán por esta causa (Ferlay et al., 2013). En el año 2013 el cáncer de mama se situó como la segunda causa de muerte en mujeres de 20 años y más con un registro de 5 426 fallecimientos de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) siendo el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco los estados con mayor número de defunciones a causa de tumores malignos de la mama (INEGI, 2013). Ya para el año 2014 dicha institución reportó una cifra de 6 051 muertes a nivel nacional, siendo el grupo etario 50 a 54 años el más afectado y el Distrito Federal, Estado de México Jalisco y Nuevo León los estados con mayor número de defunciones (873, 603, 497 y 384 respectivamente) (INEGI, 2016).

Los pacientes con cáncer, en general, son psicológicamente vulnerables por diversas razones incluyendo el estrés del diagnóstico, lo debilitante de los tratamientos y el dolor crónico. Algunos estudios han demostrado un mayor porcentaje de ansiedad en poblaciones oncológicas en

comparación con la depresión; estos pacientes usualmente experimentan ansiedad antes del tratamiento, mientras que la depresión suele presentarse después de los tratamientos; la ansiedad también correlaciona con preocupaciones por el futuro como los resultados de los tratamientos (Oers & Schlebusch, 2013).

En el caso específico del cáncer de mama, las mujeres con dicho padecimiento habrán de enfrentar situaciones estresantes desde el momento del diagnóstico y por el resto de su vida como tratamientos radicales y agresivos que dependiendo de la etapa clínica consistirán en cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, terapia blanco, entre otros, amenazando potencialmente su vida y su bienestar tanto físico como psicológico (Ornelas, et al., 2013).

Investigaciones en torno las reacciones ante al cáncer de mama reportan que las más frecuentes son aquellas relacionadas con sintomatología ansiosa y depresiva, disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida. El diagnóstico en sí puede valorarse como altamente traumático: el estrés que suele presentarse en ese momento puede ser especialmente elevado si la persona no consideraba la posibilidad de dicho diagnóstico e implica sentimientos y actitudes de incredulidad, negación, desesperación o desmoralización a lo que le puede seguir una fase de disforia con sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognitivos de atención y memoria y alteración de las actividades diarias. En el caso de las etapas avanzadas, la mayoría de las pacientes suele presentar depresión grave y ante el diagnóstico de metástasis o recaída puede haber una pérdida de la esperanza, una actitud de total abandono y resignación, sintomatología depresiva, sensación de indiferencia, pérdida de control, enojo y preocupación por el futuro (Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010).

Específicamente ante el tratamiento quirúrgico de mastectomía radical los cambios emocionales que presentan las mujeres se han descrito en estudios como el de Fobair et al. (2006) en el cual reportaron que durante los primeros meses del tratamiento las mujeres que evaluaron se sentían menos femeninas y preocupadas por su atractivo sexual la mayor parte del tiempo. Por otro lado López, Polaino y Arranz, (1992) indican en un su estudio que 44% de las mujeres con mastectomía presentaban cambios importantes en cuanto a la percepción de su cuerpo, evitando compararlo y evitando que fuera visto por otros.

Es así que el impacto de la enfermedad y el deterioro en la imagen corporal usualmente se ven acompañados de reacciones psicológicas como ansiedad; misma que es una de los mayores problemas psicológicos asociados al cáncer de mama; niveles crónicamente altos de ansiedad afectan la calidad de vida y mortalidad de las pacientes con cáncer de mama. Por ejemplo, la ansiedad prolongada tiene efectos inmunosupresores, compromete a la paciente y puede deteriorar sus niveles de función cognitiva cuando se deben de tomar decisiones importantes en torno a la salud (Oers & Schlebusch, 2013).

La forma y recursos que utilizan las mujeres para afrontar este padecimiento y el proceso quirúrgico en específico ha sido mencionado en algunas investigaciones, por ejemplo se ha dicho que los estilos de afrontamiento defensivos resultan en un incremento en los niveles de aprehensión con respecto a la recurrencia del cáncer y que los estilos de pesimismo y desesperación-impotencia en conjunto, son determinantes de un pobre ajuste psicológico (Alcalá, Ozkan, Kucucuk, Aslay, & Ozkan, 2012), que la aceptación y el humor son predictores de decremento en el distrés, mientras que la negación y la desconexión predicen un incremento en dicho distrés (Carver, et al. 1993). Así mismo se ha descrito que los estilos de búsqueda y uso de apoyo social se presentan con más frecuencia en estas pacientes (Manuel et al. 2007).

Marco Teórico

Cáncer de mama

Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo, también conocido como tumores malignos o neoplasias, se caracterizan por el crecimiento incontrolado de células anormales que pueden invadir partes cercanas del cuerpo o esparcirse a otros órganos, proceso conocido como metástasis (OMS, 2015).

Crecimiento normal de la célula vs crecimiento de la célula de cáncer



Figura 1: Crecimiento normal de la célula vs crecimiento de células de cáncer, adaptado de National Comprehensive Cancer Network , 2016.

En la actualidad, el cáncer representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Desde el año 2012 ha habido 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas por esta causa y dado el incremento en la esperanza de vida junto con la alta prevalencia de factores de riesgo relacionados con el cáncer, se espera un incremento del 70% de casos nuevos en los próximos 20 años (Ferlay, et al., 2013).

El cáncer de mama es un tumor maligno que comienza en las células de la mama; un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer dentro (invadir), alrededor de los tejidos o esparcirse (metástasis) a otras áreas distantes del cuerpo; muchos de los cánceres comienzan en las células que se encuentran en la línea de los ductos (cáncer ductal), otros se

originan en la línea de los lóbulos (cáncer lobular) y un pequeño número se origina en otros tejidos (Sociedad Americana de Cáncer, 2014).

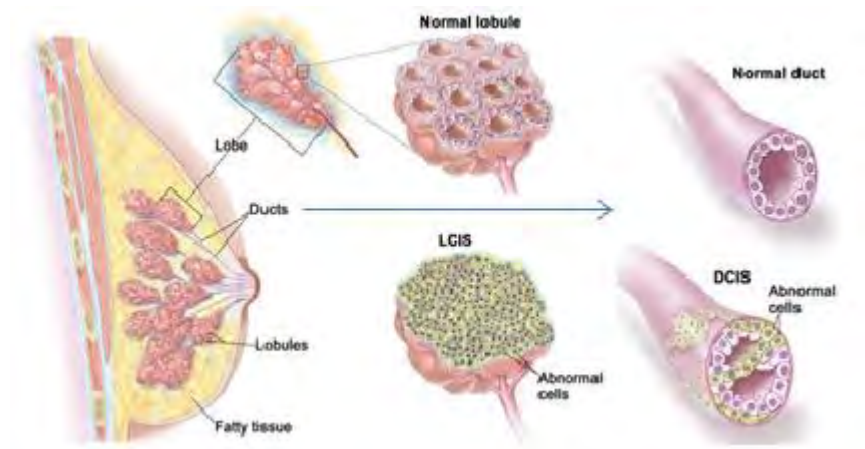


Figura 2: Anatomía normal de la mama y representación de cáncer lobular y ductal, adaptado de National Cancer Institute, 2016.

El cáncer de mama se refiere entonces al crecimiento anormal y desordenado del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse (Secretaría de Salud, 2009).

Diagnóstico y tratamiento

El estudio mastográfico es sin duda uno de los métodos diagnósticos más efectivos; la toma frecuente de proyecciones mamográficas (mastografía) ha incrementado la detección de cánceres antes de que se presente algún signo o síntoma, sin embargo, algunos cánceres no son detectados por este medio. Siendo el síntoma más común del cáncer de mama una nueva masa o nódulo que pueden ser dolorosos; puede haber también hinchazón de una parte o toda la mama, irritación de la piel o presencia de hoyuelos (piel de naranja), retracción del pezón y secreción del pezón (Sociedad Americana de Cáncer, 2014).



Figura 3: Cáncer de mamá inflamatorio, tomado de American Cancer Society , 2016.

Todos los pacientes con cáncer de mama deben ser asignados o clasificados en una etapa clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico, el uso rutinario de dicha tipificación permite una identificación eficiente de las opciones de tratamiento local y sistémico, permite comparar resultados de investigaciones clínicas entre instituciones y provee una línea base de información sobre el pronóstico tanto de la enfermedad como de los pacientes; actualmente las guías de práctica clínica permiten estandarizar dichos procesos a nivel internacional. El diagnóstico, etapificación y tratamiento del cáncer de mama en nuestro país se rige de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, así mismo la práctica clínica en los hospitales de nuestro país se basa en criterios internacionales principalmente por medio de las guías de práctica clínica en oncología de la Red Nacional para la Comprensión del Cáncer [National Comprehensive Cancer Network (NCCN)].

Para comprender el desarrollo del proceso oncológico de mama se establece la siguiente clasificación:

Tabla 1*Clasificación de los tumores de mama, sus nódulos, metástasis y etapas clínicas*

ESTADIO	TAMAÑO DEL TUMOR	GANGLIO LINFÁTICO	METÁSTASIS
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T3	N1	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

T Tumor primario**TX** El tumor primario no puede ser evaluado**T0** No hay evidencia de tumor primario**Tis** Carcinoma in situ (carcinoma intraductal, carcinoma lobular in situ, enfermedad de Paget de pezón sin tumor que lo acompañe)

Nota: Los detalles para cada nomenclatura de tamaño tumoral, ganglios y metástasis se presentan en la Tabla 2.
Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama,(2011).

Tabla 2

Descripción detallada de los tamaños tumorales, ganglios linfáticos y metástasis en la clasificación del cáncer de mama

Nomenclatura	Definición
T1	Tumor de 2cm o menos en su mayor dimensión
T1a	Tumor de más de 0.1cm pero no más de 0.5cm en su mayor dimensión
T1b	Tumor de más de 0.5 cm pero no más de 1.0 cm en su mayor dimensión
T1c	Tumor de más de 1.0 cm pero no más de 2.0 cm en su mayor dimensión
T2	Tumor de más de 2.0 cm pero no más de 5.0 cm en su mayor dimensión
T3	Tumor mide más de 5.0 cm en su mayor dimensión
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o la piel
T4a	Extensión a la pared torácica
T4b	Edema "piel de naranja", ulceración de la piel de la mama o nódulos satélites limitados a la misma
T4c	Ambos casos mencionados arriba (T4a y T4b)
T4d	Carcinoma inflamatorio
N	Ganglios linfáticos regionales
NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo, porque fueron extraídos previamente)
NO	No hay metástasis regional de los ganglios linfáticos
N1	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles
N2:	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales unidos entre sí o a otras estructuras
N3	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos mamaros internos ipsilaterales
M	Metástasis distante
MX	No se puede evaluar la presencia de metástasis distante
MO	No hay metástasis distante
M1	Presencia de metástasis distante

Nota: la pared torácica incluye costillas, músculos intercostales y el músculo serrato mayor, pero no los músculos pectorales.

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, (2011).

Con esta referencia resulta más sencillo comprender las etapas clínicas asignadas durante el diagnóstico de cáncer de mama. El cual, en nuestro país, desafortunadamente se da en etapas avanzadas de la enfermedad, con tumores mayores a 2 cm, con afección a ganglios y probablemente con metástasis a otros órganos. Por ejemplo, López-Carrillo, Torres-Sánchez, López-Cervantes y Rueda-Neria (2001) describen en un estudio transversal realizado en tres hospitales del Distrito Federal que el 56% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se

encontraban en etapas localmente avanzadas o metastásicas. Por su parte, Mohar, Bargallo, Ramírez, Lara y Beltrán-Ortega (2009) encontraron también que de las 744 pacientes que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en el año 2007 en el Instituto Nacional de Cáncer, más del 80% estaba en dichas etapas avanzadas. Este escenario refiere entonces, un pobre pronóstico y un comportamiento más agresivo de la enfermedad, situación que debe tenerse en cuenta para el tratamiento no solo médico sino en este caso para identificar y proporcionar el mejor tratamiento psicológico y brindar las mejores herramientas que se ajusten a las necesidades que tendrá cada paciente según los requerimientos de su enfermedad.

El tratamiento del cáncer de mama incluye el tratamiento local de la enfermedad con cirugía, radioterapia o ambos y el tratamiento sistémico con quimioterapia, terapia endócrina, terapia biológica o la combinación de éstas. La necesidad o elección de varias terapias locales y sistémicas se basa en diferentes factores pronósticos y predictivos como lo son la histología del tumor, características clínicas y patológicas del tumor primario, receptores hormonales, pruebas genéticas, presencia o ausencia de enfermedad metastásica, comorbilidades del paciente, edad y estado menopáusico (National Comprehensive Cancer Network, 2016).

Tratamiento quirúrgico

La opción de cirugía debe estar diseñada para cada paciente de manera individual, aquellas con cáncer de mama en etapas temprana (0, I, II) pueden ser candidata a realizarle una cirugía conservadora, esto es, la extirpación del tumor con un margen del tejido normal con la preservación de la mama. La paciente debe saber que la radiación de la mama es requerida en estos casos y que una cirugía adicional puede ser necesaria en caso de que existan márgenes positivos (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2015).

La mastectomía radical modificada, tratamiento en el cual se enfoca el presente estudio es un procedimiento quirúrgico en el cual debe retirarse la totalidad de la mama incluyendo el pezón y remover los nódulos linfáticos de la axila (Secretaría de Salud, 2009).

Dicha cirugía radical esta indicada, dependiendo del caso, desde la etapa 0 de la enfermedad; algunos criterios para efectuarla son que la paciente presente un carcinoma mamario invasor, que exista una relación mama tumor desfavorable que no permita una cirugía conservadora, en caso de que exista enfermedad multicéntrica o microcalcificaciones de características malignas diseminadas en la mama o en caso de que exista alguna contraindicación para que reciba radioterapia adyuvante como enfermedad cardiaca, radioterapia previa o embarazo. En el caso de los estadios IIIA, IIIB y IIIC a mastectomía esta indicada posterior a la respuesta de algún tratamiento neoadyuvante como quimioterapia, radioterapia o trastuzumab (Secretaría de Salud, 2009).

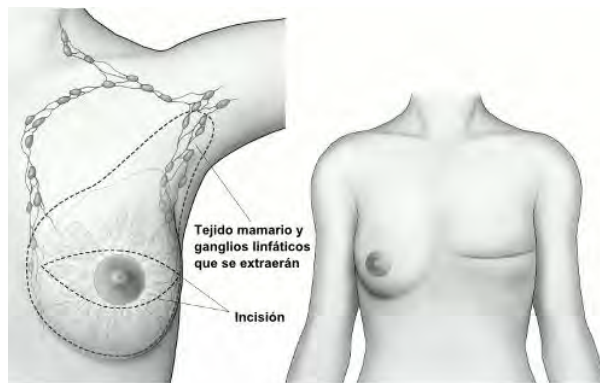


Figura 4: Mastectomía radical modificada, tomado de American Cancer Society , 2016.

Tratamiento sistémico

El oncólogo clínico deberá contar con información completa de las características del tumor; en particular, la expresión o no de los blancos terapéuticos (receptores hormonales y HER-2neu) tiene importancia trascendental para brindar un tratamiento óptimo e individualizado.

- **Radioterapia:** Las pacientes tratadas con cirugía conservadora deberán recibir radioterapia externa a la mama, la dosis será de 45 a 50,4 Gy en 25 o 28 fracciones. Se puede requerir también radiación a la axila, en la cadena mamaria interna, supraclavicular o a la pared torácica.
- **Quimioterapia:** Deberá ser indicada y debidamente vigilada por un oncólogo médico. Se recomienda el empleo de esquemas basados en antraciclinas debido al modesto beneficio en supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global. Asimismo, la utilización de taxanos ha demostrado beneficio clínico moderado.
- **Hormonoterapia:** El tamoxifeno por una duración mínima de 5 años es el tratamiento de elección en mujeres premenopáusicas o perimenopáusicas con receptores hormonales positivos o desconocidos.
- **Terapia blanco:** En pacientes con tumores que presentan sobreexpresión de HER-2 neu, el uso del anticuerpo monoclonal trastuzumab en combinación con la quimioterapia adyuvante ha permitido obtener beneficio tanto en la supervivencia libre de recaída como en la supervivencia global (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2015).

Epidemiología

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En el año 2011 se registraron en el mundo 508,000 muertes de mujeres por esta causa (Jemal, et al., 2011). Para el año 2012 la Organización Mundial de la salud a través de la Agencia Internacional de investigación en cáncer (Globocan) ya reporta 521907 muertes y estima que habrá 770724 muertes por esta causa para el año 2030 (Ferlay, et al., 2013).

Es así que la incidencia y mortalidad del cáncer de mama en mujeres ha ido en rápido aumento en países del Este Europeo, Asia, América Latina y ciudades africanas comparado con la tendencia en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y otros países de la región Oeste de Europa, dicha tendencia desfavorable de mortalidad puede estar exacerbada por esta falta y/o acceso limitado de servicios de detección y tratamiento temprano (Jemal, Center, DeSantis, & Ward, 2010).

Se ha observado que los países poco desarrollados presentan bajas tasas de supervivencia por cáncer de mama, esto debido a la falta de programas de detección precoz y a la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento lo que provoca que las mujeres acudan a consulta en etapas clínicas tardías, es decir ya con la enfermedad avanzada (OMS, 2015). En torno a esto, se ha analizado la poca disponibilidad o accesibilidad de infraestructura adecuada para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en Latinoamérica; de acuerdo con la base de datos médica de la OMS, el número de recursos físicos y tecnológicos como personal médico, de enfermería y maquinaria utilizada para diagnosticar y proveer atención al cáncer resulta insuficiente en América Latina, aún más en las zonas rurales donde se ha documentado esta

inaccesibilidad a los servicios de salud; observándose por ejemplo, una alta concentración de médicos especialistas en las grandes ciudades, lo que pudiera explicar junto con la baja participación en programas de detección y el retraso en el tiempo de diagnóstico e inicio del tratamiento, la presencia de pacientes con etapas avanzadas de cáncer en las zonas rurales (Goss et al., 2013).

De hecho, en países como Perú, México, Colombia y Brasil aproximadamente del 30% al 40% de los diagnósticos de cáncer de mama son de enfermedad metastásica, además los diagnósticos y muertes en edades jóvenes priva a la sociedad de numerosos años productivos. Los altos índices de incidencia y mortalidad en América Latina indican una pobre supervivencia debido en parte a los estadios avanzados al momento del diagnóstico y al pobre acceso a los tratamientos (Justo, Wilking, Jönsson, Luciani, & Cazap, 2013).

En el caso particular de México esta dificultad del pronto diagnóstico esta reportada desde la década pasada, López-Carrillo, Torres-Sánchez, López-Cervantes, y Rueda-Neria (2001), concluyen que las mayoría de las mujeres con cáncer de mama concentradas en hospitales públicos de tercer nivel de la ciudad de México son diagnosticadas en etapas avanzadas, sólo el 10% de las mujeres que estudiaron fueron diagnosticadas en etapa I de manera que se reducen sus probabilidades de curación y sobrevida. Por otro lado Knaul et al. (2009), encontraron, mediante una revisión a través del Sistema de Información Médico Operativa del Instituto Mexicano del Seguro Social de los años 2002 a 2006 que el 48% de las detecciones de cáncer de mama ocurre en estadios III y IV. Y que la probabilidad de que una paciente diagnosticada de manera inicial en estadio III de la enfermedad evolucione a etapa IV es de 70% teniendo una probabilidad de 9% de morir en ese periodo.

La OMS refiere para México una incidencia de cáncer de mama de 20 444 por cada 100 mil habitantes, una prevalencia de 75 529, por encima del cáncer cérvico-uterino, un índice de mortalidad de 5680 en una tasa de 100 mil habitantes y ya desde el año 2008 se calculó que para el año 2030, 24386 mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama en nuestro país, de las cuales el 40% (9,778) morirán por esta causa (Ferlay et al. 2013).

Y esta alta incidencia de cáncer de mama continúa; en el periodo de 2007 a 2014, este último año fue el más alto registrado con 28.75 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 20 años y mas; de hecho se observa que hay un aumento en los casos nuevos de tumores malignos de la mama conforme se incrementa la edad de la mujer, siendo el grupo de 60 a 64 años donde se concentra el mayor número de casos nuevos (68 por cada 100mil mujeres). Así mismo, destaca el incremento que se da a partir de los 45 años ya que la incidencia pasa de 14.30 por cada 100mil mujeres de 25 a 44 años a 51.9 en el grupo de 45 a 49 años (Secretaria de Salud, 2014).

Durante el año 2012, los tumores malignos de la mama se situaron como la tercera causa de muerte a nivel nacional en mujeres de 30 a 59 años con una tasa de 13.9 por cada 100 mil habitantes y 2 507 defunciones en mujeres de 60 años y más siendo la décima causa de muerte en dicho grupo etario con una tasa de 43.0. En el caso específico del distrito Federal, dicha enfermedad se posiciona como la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 59 años de edad con 317 defunciones y una tasa de 16.3 (Consejo Nacional de Población, 2012).

En 2013 el cáncer de mama fue la segunda causa de mortalidad para mujeres de 20 años y más. Según datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), se registraron 5426 fallecimientos de mujeres a causa de los tumores malignos de la mama, siendo el Distrito Federal,

Estado de México y Jalisco los estados con mayor número de defunciones por esta causa (INEGI, 2013).

Ya para el año 2014 el INEGI reporta una cifra de 6,051 muertes a causa de los tumores malignos de la mama a nivel nacional, siendo el grupo de mujeres de 50 a 54 años el más afectado y el Distrito Federal, Estado de México Jalisco y Nuevo León los estados con mayor número de defunciones (873, 603, 497 y 384 respectivamente) Y En el caso particular del Instituto Mexicano del Seguro Social, se registraron 2757 muertes por esta causa principalmente en mujeres de 55 a 59 años de edad. (INEGI, 2016).

Resulta importante considerar en torno a las cifras de morbi- mortalidad por esta enfermedad el retraso que existe para el diagnóstico y tratamiento tanto en los países en vías de desarrollo y específicamente en nuestro país; sobre esto, un estudio realizado en un hospital público de México, confirmó un retraso de 1 a 8 meses entre el primer síntoma de cáncer de mama detectado y la primera consulta brindada en el primer nivel de atención, seguido de 6 meses entre dicha consulta y el diagnóstico y un promedio de 6 meses entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, con un promedio total de retraso de 10 meses (Bright et al., 2011).

Con base en las cifras antes mencionadas, el principal objetivo del plan nacional sobre cáncer en México es establecer estrategias y acciones específicas que contribuyan a la reducción de la incidencia de cáncer así como la morbilidad y mortalidad mejorando también la calidad de vida de las personas con cáncer (Lazcano-Ponce, et al., 2016).

Afecciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama

La mujeres con cáncer de mama habrán de enfrentar diversas situaciones estresantes a lo largo de todo el proceso de enfermedad, desde el momento del diagnóstico y por el resto de su vida y por

ellos resulta indispensable considerarlas, ya que éstas potencialmente amenazan su vida y su bienestar tanto físico como psicológico (Ornelas Mejorada et al. 2013).

Así mismo, las consecuencias de su tratamiento, llevan a las pacientes a adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva (Sebastián, Manos , Bueno , & Mateos , 2007).

Y es que además del diagnóstico, las pacientes con cáncer de mama tendrán que afrontar tratamientos radicales y agresivos que pueden consistir en cirugía (tumorectomía, mastectomía simple o radical), radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, terapia blanco, entre otros medicamentos. De hecho, el tratamiento generalmente conlleva una combinación de las opciones antes mencionadas. Por ello, el impacto emocional y psicológico de las mujeres con cáncer de mama no solo se centra en el hecho de saber que tienen la enfermedad y experimentar los síntomas, sino también en que deben someterse a estos tratamientos oncológicos agresivos que son altamente demandantes de su tiempo y generan una gran cantidad de efectos secundarios mermando aún más su bienestar físico y emocional (Ornelas, 2013).

Los cambios emocionales que presentan las mujeres ante la mastectomía radical modificada se han descrito en diversos estudios, por ejemplo Fobair et al. (2006) describen que el 55% de las participantes de su estudio (301 de 509) mujeres menores de 50 años, se sentían menos femeninas y preocupadas por su atractivo sexual en los primeros meses del tratamiento oncológico y el 53% de ellas refería sentirse así la mayor parte del tiempo.

López-Pérez, Polaino-Lorente, y Arranz, (1992) indican que un 44% (26 de 58) de las mujeres con mastectomía que estudiaron presentaban cambios importantes en cuanto a la percepción de su cuerpo, evitando compararlo y evitando que fuera visto por otros.

Se han descrito también otros problemas asociados con la imagen corporal como preocupaciones acerca de la pérdida o aumento de peso, pérdida del cabello debido a la quimioterapia, baja puntuación en la salud mental y baja autoestima; es decir una variabilidad de reacciones que tienen las mujeres ante la enfermedad y de ahí la importancia de identificar en qué punto durante el proceso de diagnóstico y tratamiento presentan mayor estrés identificando aquellos factores que facilitan o dificultan un ajuste emocional positivo (Stanton & Snider, 1993).

Afrontamiento

Para ahondar en las reacciones emocionales que presentan las pacientes con cáncer de mama ante la enfermedad se aborda el término afrontamiento. El cual Lazarus y Folkman (1991) definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”

En dicho proceso, el estrés representa una relación entre la persona y el ambiente evaluada como desbordante para sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El afrontamiento denota entonces los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar (mitigar, minimizar, sobreponerse o tolerar) las demandas internas y externas evaluadas como desbordantes, considerando dos formas de afrontamiento: dirigido al problema y dirigido a la emoción (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

El afrontamiento dirigido a la acción, son todas aquellas actividades orientadas a modificar o alterar el problema y son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. En cambio el afrontamiento dirigido a la emoción se emplea en mayor medida cuando se evalúa que la situación no puede cambiarse y que hay que vivir con ella

(Lazarus & Folkman, 1991). Involucrando por ejemplo, la búsqueda de apoyo social (apoyo emocional, compasión, comprensión y apoyo moral), expresión de emociones, desconexión conductual o cognitiva, reinterpretación positiva, negación y aceptación (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Carver et al. (1993) evaluaron en 59 mujeres con cáncer de mama las respuestas de afrontamiento y los niveles de estrés que presentaban ante la cirugía, la evaluación se hizo en diferentes momentos (antes de la cirugía, 3, 6 y 12 meses después de la misma) los resultados reportaron que la aceptación y el humor eran predictores de decremento en el estrés; mientras que la negación y la desconexión predecían un incremento.

En esta misma línea, una revisión de la literatura ha reportado que en mujeres con cáncer de mama los estilos de afrontamiento defensivos resultan en un incremento en los niveles de aprehensión con respecto a la recurrencia del cáncer y que los estilos de pesimismo y desesperación-impotencia en conjunto, son determinantes de un pobre ajuste psicológico. Así mismo, se encontró en un estudio con 102 mujeres con cáncer de mama que aquellas que atribuyen significados negativos a su enfermedad tenían menor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación a aquellas que atribuían significados positivos a su enfermedad (Alcalá, Ozkan, Kucucuk, Aslay, & Ozkan, 2012).

Dos estudios más abordaron los estilos de afrontamiento en mujeres estadounidenses; uno transversal realizado por Manuel et al. (2007) el cual describió cómo mujeres de 50 años de edad o menos, utilizan con mayor frecuencia (18%) la búsqueda y uso de apoyo social como estrategia de afrontamiento, mostrando también que la estrategia depende del estresor; es decir, para aquellas mujeres que presentaron ansiedad, depresión o enojo, las estrategias de búsqueda y uso de apoyo social se presentaron con mayor frecuencia (26%), mientras que la reestructuración

cognitiva positiva fue más frecuente en aquellas que presentaron miedo e incertidumbre hacia el futuro. El otro estudio denota como el uso de estilos inefectivos de afrontamiento contribuye al incremento de estrés y a una pobre función cognitiva (Reid-Arndt & Cox, 2012).

En el caso de los estilos de afrontamiento y la depresión, una investigación llevada a cabo en Turquía describe que el espíritu de lucha fue el estilo más utilizado en aquellas mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía que no mostraron depresión, por el contrario, en aquellas con depresión los estilos de afrontamiento más utilizados fueron los de desesperación-impotencia, ansiedad-preocupación y fatalismo (Alcalar et al. 2012).

Ansiedad, depresión y cáncer de mama

Se ha reportado que los porcentajes más altos de distrés psicológico lo presentan las mujeres con cáncer de mama y cáncer ginecológico, siendo ansiedad y depresión los principales síntomas de distrés encontrados en diversos momentos de la enfermedad y los tratamientos; por ejemplo, antes de la cirugía se han descrito índices de 26% para depresión y 59% para ansiedad en mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos (Ornelas , 2013). De aquí la importancia de abordar dichas sintomatologías.

Habrà de entenderse primero que la ansiedad es una reacción emocional irremplazable generada en respuesta a una situación amenazante, un sentimiento de inseguridad cuando uno se enfrenta a una situación desconocida; se caracteriza por presencia de síntomas psicológicos y fisiológicos: una hiper-reacción autónoma (palpitaciones y sudoración), conducta ansiosa (inquietud y búsqueda de seguridad), aprehensión, pobre concentración así como tensión muscular y fatiga (Schlebusch, 2004). Si bien se trata de una respuesta normal, de manera excesiva la ansiedad reduce las capacidades o habilidades para afrontar el estrés y ha demostrado también tener un

gran impacto psicológico influenciando el sistema neuroendocrino e inmune asociándose con un incremento en la fatiga y correlacionando de manera negativa en el resultado de los tratamientos además de que ha sido demostrado su impacto sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama (Lim, Devi, & Ang, 2011).

Entonces, cuando una mujer es diagnosticada con cáncer de mama y está en espera de enfrentar una cirugía también enfrenta ansiedad por la incertidumbre acerca de la enfermedad y el pronóstico futuro (Hsu, Wang, Chu, & Yen, 2010). Y de hecho, esta presencia de ansiedad ante el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama ha sido bien documentada en la literatura ya que es considerado uno de los mayores problemas psicológicos asociados a este padecimiento.

Por ejemplo podemos citar la revisión sistemática elaborada por Lim, Devi y Ang (2011) donde la finalidad fue hallar la mejor evidencia disponible acerca de los niveles de ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que están bajo algún tratamiento así como los factores que contribuyen en desarrollar dicha ansiedad en las distintas modalidades de tratamiento. Se revisaron 51 estudios, ensayos controlados aleatorizados y estudios descriptivos con participantes de entre 21 y 65 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama en etapas 0 hasta IIIA, que se encontraban bajo algún tratamiento, ya fuera, quimioterapia, radioterapia o cirugía; como criterio para medición de los niveles de ansiedad se consideraron estudios que utilizaran el inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) así como el inventario de ansiedad rasgo-estado. Dicha revisión arrojó como resultados que aquellas mujeres que se encuentran bajo tratamiento de quimioterapia presentan mayores niveles de ansiedad, principalmente antes de la recibir la primera dosis; así mismo la mayoría de las investigaciones concluyen en que las mujeres sometidas a cirugía radical (mastectomía radical modificada) tienen

mayor sintomatología ansiosa en comparación con aquellas que recibieron cirugía conservadora de la mama.

De esta revisión se enfatizan aquellos estudios que abordaron los factores físicos, sociales y ambientales que contribuyen al desarrollo de ansiedad en mujeres que están bajo tratamiento específico de cirugía, por ejemplo, el trabajo de Lee et al. (1992) en el cual mediante un ensayo controlado aleatorizado se evaluaron 197 pacientes (97 con mastectomía radical) antes de la cirugía, 3 y 12 meses después de la misma y se encontró que aquellas sometidas a mastectomía presentaban mayores niveles de ansiedad, de éstas 20.6% requirieron tratamiento especializado para dicha sintomatología en comparación con un 15% de pacientes que recibieron cirugía conservadora. A los 12 meses continuó dicha tendencia: 9.3% de mujeres con mastectomía tenían ansiedad en comparación con 4% de las pacientes con cirugía conservadora. Y otros tres estudios descriptivos que confirman que los niveles de ansiedad en las pacientes con mastectomía es mayor que en aquellas con cirugía conservadora de la mama así como el hecho de que resultan más propensas a desarrollar alteraciones psicológicas y emocionales.

En el caso específico de depresión se han reportado porcentajes del 9 al 14% de presencia de trastornos del estado de ánimo, específicamente depresión y síntomas depresivos en pacientes con cáncer (Gil Moncayo et al., 2008; Kadan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang, & Prigerson, 2005). Siendo el cáncer de mama el segundo tipo de cáncer que presenta mayores niveles de depresión en las pacientes, en más del 40% de acuerdo a algunos estudios (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012; Callari et al., 201).

Es importante considerar que las discrepancias en los niveles de depresión de las pacientes con cáncer de mama reportadas en la literatura pueden deberse a diferentes factores como las

características de las pacientes, tiempo de evolución de la enfermedad (antes, durante o después del tratamiento), comorbilidades, tiempo desde el diagnóstico, contexto de evaluación e incluso los instrumentos empleados. La prevalencia de los síntomas depresivos tiende a ser mayor inmediatamente después del diagnóstico y tiende a decrementar con el paso del tiempo y después de los tratamientos aunque pueden permanecer altos hasta cuatro años después del diagnóstico lo cual conlleva un impacto negativo para las mujeres y una disminución de su calidad de vida. Así mismo se ha reportado que las mujeres jóvenes tienden a reportar más síntomas depresivos debido al diagnóstico de cáncer de mama y éstos correlacionan con mayor ansiedad y estilos pasivos de afrontamiento (Tojal & Costa, 2015).

Ahora bien, ya se ha descrito la propensión que tienen las pacientes con cáncer de mama a desarrollar alteraciones emocionales y psicológicas debido al padecimiento como tal y a los tratamientos que conlleva; sin embargo, siguiendo la línea de la Medicina basada en la evidencia es necesario realizar otra exploración de la literatura científica para determinar y poder replicar las intervenciones y/o estrategias que han resultado más eficaces para contrarrestar estas alteraciones.

La terapia cognitivo conductual y técnicas específicas de ésta como la reestructuración cognitiva ha mostrado evidencia de ser la alternativa más eficaz para el tratamiento y mejora de síntomas depresivos y ansiosos en general en cáncer de mama y específicamente después del tratamiento quirúrgico (Matthews, Grunfeld, & Turner, 2016; Asuzu, Akin-Odanye, & Philip, 2016).

Otra revisión sistemática importante de tomar como referencia es la realizada por Nelson, et al. (2013) que tuvo por objetivo evaluar la eficacia de intervenciones denominadas mente-cuerpo de manera prequirúrgica en resultados post-operatorios; se revisaron 20 estudios con procedimientos

quirúrgicos no oncológicos (cirugías abdominales, cardíacas u ortopédicas) todos ensayos controlados aleatorizados con un total de 1 297 participantes, se examinó la eficacia de técnicas como la relajación, la imaginación guiada y la hipnosis, en la mayoría de los estudios se entrenaba a los pacientes para practicar las técnicas después de la cirugía, 11 de ellos mediante audios y se encontraron diferencias significativas a favor de los grupos que recibieron entrenamiento en relajación en comparación con los grupos control para variables específicas como tensión, enojo, estado de ansiedad y dolor.

Dichos datos nos ofrece un panorama de las técnicas que han mostrado mayor eficacia y que se utilizarán en el presente estudio, como es el caso de la relajación y la reestructuración cognitiva.

Intervenciones psicológicas ante la Mastectomía Radical Modificada

Para el caso específico de las intervenciones psicológicas sobre cáncer de mama y cirugía de mastectomía radical modificada (MRM), se revisaron diferentes estudios¹ que servirán como guía y referencia para la presente intervención, por ejemplo un estudio controlado aleatorizado realizado en China en el año 2014 con 170 mujeres de 25 a 65 años de edad todas sometidas a MRM, al grupo control se asignaron 85 participantes que recibieron los cuidados rutinarios del equipo de enfermería mientras que al grupo experimental se asignaron 85 mujeres a las que se les brindó además del cuidado de enfermería un entrenamiento en relajación muscular progresiva y musicoterapia pre y post quirúrgica aplicado 2 veces al día, por la mañana y por la noche con duración de 30 minutos; se encontraron diferencias significativas entre los grupos y una reducción en las variables: ansiedad, depresión y días de estancia hospitalaria después de la intervención (Zhou, et al., 2015).

¹ La tabla 17 dentro del anexo 9 muestra los detalles de cada uno de los estudios citados en el texto.

En otro estudio aleatorizado realizado en Holanda, se evaluaron los efectos psicológicos de un entrenamiento para el manejo del estrés en pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía (tumorectomía 86% y mastectomía 6%), 85 pacientes fueron asignadas aleatoriamente al grupo control y grupo de intervención, el cual consistía en 4 sesiones de 45 a 60 minutos cada una aplicado en diferentes momentos: 5 días antes de la cirugía, 1 día antes, 2 días después de la cirugía, un mes y 3 meses después de la misma; se entrenó a las pacientes en relajación y habilidades de afrontamiento usando imaginación guiada, técnicas grabadas de relajación y una sesión de confrontación con la cirugía, se evaluaron niveles de depresión, ansiedad, dolor, calidad de vida y calidad de sueño mostrando un decremento en las medias de ansiedad después de la cirugía sobre todo al día 2 aunque similar al presentado por el grupo control. La depresión presentó una clara reducción en el grupo de intervención con una diferencia entre grupos significativa al día 5 postquirúrgico así como incremento en la calidad de vida en el grupo experimental a los días 2 y 30 post-quirúrgicos (Garssen, et al., 2013).

Groarke, Curtis, & Kerin (2013) realizaron también una intervención cognitivo-conductual breve para el manejo del estrés en pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía: un ensayo controlado aleatorizado donde participaron 355 mujeres el cual demostró una reducción significativa en los niveles de ansiedad del grupo sometido al tratamiento utilizando estrategias de relajación, imaginación guiada, reestructuración cognitiva, estilos de afrontamiento adaptativos y reducción de la fatiga.

Una investigación importante considerada como base para el desarrollo de la presente intervención es la realizada por Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa (2010) donde se evaluaron los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama; si bien no se evaluó ansiedad ni depresión como se aquí se propone, muestra una

amplia gama de estrategias y herramientas que se usarán. Se realizaron 4 mediciones: pre-test, pos-test y seguimiento a 1 y 3 meses y se utilizaron estrategias de psicoeducación, modificación de cogniciones disfuncionales, desarrollo de habilidades de adhesión terapéutica, autorregulación emocional, entrenamiento en respiración diafragmática profunda y relajación muscular progresiva, se demostró una mejoría importante en la calidad de vida, específicamente en las áreas de vida cotidiana, tiempo libre, preocupaciones, percepción corporal y aislamiento. A pesar de los resultados positivos, queda como sugerencia por parte de los autores aspectos fundamentales que se retoman en la esta intervención: explorar la correlación entre los resultados y el tipo de tratamiento oncológico así como estudiar las estrategias de afrontamiento de las pacientes.

Por último, pero no menos importante, se revisó un estudio cuasi experimental desarrollado en Taiwán donde evaluaron la efectividad de un programa de apoyo emocional y de información sobre la imagen corporal, ansiedad y distrés emocional en mujeres con cáncer de mama que se sometieron a mastectomía radical modificada. 63 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical como primera línea de tratamiento y sin cirugías reconstructivas fueron evaluadas, asignadas a un grupo control (31) y un grupo experimental (32) el cual recibió un programa de dos sesiones de apoyo emocional y de información acerca de la enfermedad, el tratamiento, pronóstico, cambios en la apariencia después de la cirugía, uso de prótesis externa, entre otros aspectos. mientras que el grupo control recibió los cuidados rutinarios del personal de enfermería. La primera sesión se dio antes de la cirugía con duración aproximada de dos horas, la segunda sesión 3 días después de la cirugía donde se detalló toda la información relacionada con el uso de prótesis externa.

Las evaluaciones fueron en 3 momentos: pre-test (antes de la cirugía), pos-test (el día de egreso hospitalario) y un seguimiento 2 a 3 meses después de la cirugía y se reportaron diferencias significativas entre los grupos en ansiedad de la evaluación 1 a la 2, también fueron significativos los cambios entre las evaluaciones 2 y 3 y entre los momentos 1 y 3 en imagen corporal, ansiedad y distrés emocional. Esto indica que las pacientes sometidas a mastectomía redujeron positivamente sus niveles de ansiedad después de la intervención, no solo el día del egreso hospitalario sino hasta 2 meses después de la cirugía (Hsu, Wang, Chu, & Yen, 2010).

Justificación

La revisión efectuada hasta el momento permite vislumbrar las dificultades que se generan a nivel psicológico, emocional y social en las pacientes debido al diagnóstico de cáncer de mamá; la gravedad y repercusiones que genera nacional y mundialmente así como las limitaciones de los estudios, los cuáles resultan insuficientes al hablar específicamente de mastectomía, ansiedad y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, principalmente en nuestro país.

Desde hace más de una década existe evidencia, en estudios como el de Mc Ardle et al. (1990) o el de Lee et al. (1992) de que los niveles de ansiedad mostrados en pacientes sometidas a cirugía radical de la mama son más elevados que en aquellas que reciben tratamiento quirúrgico conservador, manteniéndose esta tendencia a los 6, 9 y 12 meses posteriores a la cirugía.

Si bien varios de los estudios descritos y contemplados como antecedentes de este trabajo se han adentrado en el tema, se observan carencias en la investigación, mayormente de este país (pues la literatura nos remite a investigaciones internacionales). Por ello, hay diversos aspectos que vale la pena retomar de estos estudios; por ejemplo, algunas de las escalas que se utilizaron para medir las variables psicológicas de interés en dichas investigaciones no han sido validadas en el idioma español o en población mexicana, lo que pudiera afectar la validez interna y externa. Para reducir al mínimo esta limitación se busca utilizar instrumentos que como mínimo estén adaptados y validados en el idioma español y preferentemente en población mexicana.

También es importante señalar los tratamientos médicos a los que han sido sometidas las mujeres que participaron en los diferentes estudios revisados; en este caso el interés radica en la mastectomía radical modificada ya que se ha mencionado genera en las mujeres un impacto emocional, físico y psicológico que interfieren con su calidad de vida.

Para este procedimiento quirúrgico, la evidencia es reducida, de los estudios aquí revisados y reportados una revisión sistemática considerada por la similitud de las herramientas terapéuticas utilizadas no considera cirugías oncológicas (Nelson, y otros, 2013), dos estudios más no refieren el tipo específico de cirugía oncológica a la que se sometieron las pacientes (Alcalar, Ozkan, Kucucuk, Aslay, & Ozkan, 2012; Reid-Arndt & Cox, 2012) y el resto de los estudios revisados tiene en promedio 40% de sus participantes sometidas a mastectomía radical modificada y el resto con cirugías conservadoras de la mama, sólo en un estudio, el 89% de su muestra fue sometida a cirugía radical.

Las etapas clínicas de la enfermedad es otro punto importante, en las investigaciones revisadas se habla de etapas I o II, sólo un estudio trabajó en su mayoría con pacientes en estadio III (55%) y de acuerdo a lo revisado en el marco teórico en nuestro país las mujeres con cáncer de mama presentan etapas avanzadas al momento del diagnóstico, así mismo se ha observado durante el periodo de detección de necesidades que en el Hospital de Ginecología Obstetricia N°3 (donde se llevó a cabo el protocolo), un alto porcentaje de mujeres se presentan con etapas avanzadas de la enfermedad, esto pudiera representar una diferencia en los resultados obtenidos y por ello es importante considerar dicha situación para brindar una intervención más específica y con mayor beneficio para las derechohabientes.

No se puede dejar de lado el contexto social y educativo de las mujeres que participaron en la intervención, como se ha descrito, se trabajará con mujeres que pertenecen a un sistema de seguridad social por lo que se puede esperar diferentes niveles educativos. En las investigaciones revisadas el nivel educativo de las participantes era mínimo de preparatoria, en su mayoría de universidad o posgrado; al compararse con la población del presente estudio resulta difícil asemejarse pues el nivel educativo de las mujeres mexicanas suele ser menor. Esto podría marcar

una diferencia en los resultados al no contar con las mismas herramientas y habilidades por parte de las participantes. Por ello, se propone la presente intervención adecuada a las necesidades particulares de esta población considerando los entornos sociales, culturales y económicos.

Ahora bien, a pesar de la importancia descrita hasta el momento de realizar intervenciones basadas en la investigación científica sobre los padecimientos de salud que atormentan a la población, pocos trabajos publicados en Latinoamérica evalúan intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer y difícilmente detallan los procedimientos terapéuticos. De ahí la importancia de realizar protocolos de investigación como el presente donde precisamente el objetivo es dotar a la paciente de un repertorio de habilidades cognitivo-conductuales funcionales que le permitan afrontar de mejor manera las situaciones que se le presentan en función de su padecimiento y de las dificultades típicas de la vida. Se ha decidido trabajar con Terapia Cognitivo Conductual (TCC) debido a los resultados eficaces que arroja la evidencia científica utilizando esta terapia en padecimientos de salud.

Mediante TCC se busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica, como enseñar técnicas de comunicación eficaz, reducir los efectos del estrés con afrontamiento eficaz y autorregular reacciones emocionales negativas que añaden sufrimiento. Dichas intervenciones buscan promover un ambiente de apoyo, incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades de solución de problemas, promover la percepción de dominio y autocontrol así como anticipar las prioridades del futuro (Seitz, Besier & Goldbeck, 2009). La psico-educación ayuda a las pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, la aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y existenciales (Phillips

et al., 2008). Por ello, en la presente intervención se utilizarán como herramientas y se pretende desarrollar cada uno de estos aspectos.

Por último vale la pena denotar que la relación concreta entre estilos de afrontamiento, ansiedad, depresión y mastectomía por cáncer de mama no ha sido plenamente descrita en la literatura de investigación, se han estudiado dichos constructos por separado, generalmente ansiedad y depresión pero no en conjunto con afrontamiento.

Entonces, considerando que las mujeres con cáncer de mama y aquellas que han sido sometidas a cirugía de mastectomía radical modificada tienen necesidades de información y apoyo emocional específicos, individualizar la información y las intervenciones resulta necesario para poder reducir la ansiedad y prevenir efectos adversos en la salud de las pacientes, permitiendo a las mujeres tener una oportunidad de reconstruir sus actitudes y apariencia de manera apropiada.

Para esto, se propone una intervención psicológica previa y posterior al tratamiento quirúrgico y con un seguimiento a 2 meses para evaluar los efectos de la misma sobre el afrontamiento y la sintomatología ansiosa y depresiva de las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada. Permitirá conocer también los estilos de afrontamiento que están utilizando las mujeres ante la enfermedad y el tratamiento. Y Ayudará a determinar si la estrategia propuesta resulta eficaz o convendrá elaborar una segunda intervención adecuada a las necesidades y características específicas de la población.

*“El objetivo no consiste sólo en «normalizar» nuestra
forma neurótica de funcionar en el mundo.
El estado que generalmente consideramos «normal»
no es sino un punto de partida, no el objetivo.
Nuestra existencia vale más que eso”.*

Matthieu Ricard

Objetivo

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada.

Pregunta de investigación

¿Una intervención psicológica cognitivo-conductual basada en entrenamiento en relajación autógena y desarrollo de habilidades de afrontamiento influirá sobre la sintomatología ansiosa, depresiva y los estilos de afrontamiento que presentan las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada?

Método

Participantes

26 Mujeres mayores de 18 años candidatas a cirugía de mastectomía radical modificada por cáncer de mama que acudían al servicio de oncología quirúrgica del Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3 del Centro Médico Nacional La Raza. Fueron elegidas de manera no probabilística, por conveniencia, en un periodo de 5 meses: octubre de 2015 a febrero de 2016 y de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Diagnóstico confirmado de cáncer de mama
- Candidatas a tratamiento quirúrgico de mastectomía radical modificada.
- Con o sin tratamiento neo-adyuvante

- Etapa clínica: I, II o III
- Presencia de sintomatología ansiosa o depresiva en nivel leve moderado o grave y/o mostrar estilos de afrontamiento disfuncionales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en tratamiento paliativo.
- Candidatas a mastectomía radical de limpieza.
- Candidatas a cirugías conservadoras de la mama.
- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico confirmado o deterioro cognitivo que impida su participación en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Decisión de la paciente de abandonar el tratamiento
- Fallecimiento de la paciente

El promedio de edad de las participantes fue de 56 años. El 57% de ellas se encontraba en alguna relación de pareja ya sea casadas o en unión libre dedicándose principalmente al hogar o a algún trabajo. Se observó que 11 de 26 mujeres contaban con estudios superiores a la educación básica y solamente una de ellas no tenía algún nivel de estudios. Así mismo el 92% contaba con red de apoyo, es decir, al menos una persona que ayudara a enfrentar el proceso de enfermedad (Ver Tabla 4).

En referencia a los datos clínicos, los cuales se detallan en la Tabla 5, se observó que el 80% de ellas estaban en una etapa clínica localmente avanzada, esto es IIB o mayor. 53% no tenía alguna enfermedad agregada al momento del diagnóstico mientras que el resto contaba con al menos una

enfermedad, principalmente Diabetes Tipo 2 e Hipertensión Arterial. Más de la mitad no recibió tratamiento neoadyuvante, por el contrario, el tratamiento adyuvante solo fue innecesario para 1 persona, para el resto el esquema que dominó el tratamiento fue quimio y radioterapia incluyéndose en 5 casos la hormonoterapia.

Tabla 4

Datos sociodemográficos

Edad	Estado civil	n	Ocupación	n	Escolaridad	n	Red de apoyo	n	
Media	56	Soltera	5	Hogar	13	Nula	1	Sí	24
Mínima	32	Casada	12	Empleada	10	Primaria	6	No	2
Máxima	82	Unión libre	3	Trabajo		Secundaria	8		
		Separada	2	propio	2	Preparatoria	1		
		Viuda	4	Jubilada	1	Carrera			
						técnica	8		
						Licenciatura	2		

Nota: N=26

Tabla 5²

Datos clínicos

Etapa clínica	n	Comorbilidades	n	Neoadyuvancia^a	n	Adyuvancia^b	n
Ca de mama I	2	Ninguna	14	NO	17	NO	1
Ca de mama IIA	3	Una	3	QT	8	QT	9
Ca de mama IIB	9	2 o más	9	QT + RT	1	RT	9
Ca de mama IIIA	7					QT + RT	1
Ca de mama IIIB	1					QT + HT	2
Ca de mama IIIC	4					RT + HT	1
						QT+RT+HT	1
						RT + Trastuzumab	1
						HT	1

Nota: QT= Quimioterapia, RT= Radioterapia, HT= Hormonoterapia. a= Tratamiento que se administra como primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal que generalmente consiste en cirugía; b= Tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva

² Los datos aquí presentados se obtuvieron por medio de auto-reporte durante la entrevista y fueron cotejados con el expediente clínico del hospital.

Escenario

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

El protocolo se desarrolló en diferentes escenarios dependiendo del momento de la intervención como se detalla en la Tabla 3. Principalmete se atendió a las pacientes en un aula ubicada en el tercer piso del hospital, dentro del servicio de Oncología Quirúrgica y en su cama dentro del área de hospitalización.

Diseño

Estudio piloto: pre-experimental con mediciones pre-intervención (pre-test), pos-intervención (pos-test) y seguimiento a 2 meses.

Este tipo de diseño resulta equiparable a un estudio clínico fase I los cuales son considerados estudios de seguridad iniciales, es decir, en el ámbito de la medicina se pretende observar el efecto que cierto medicamento tiene sobre el cuerpo y en general el objetivo es averiguar si un tratamiento (en este caso psicológico) es seguro. Debido a que la seguridad es la inquietud principal se mantiene un seguimiento detallado sobre las personas y se está pendiente de cualquier efecto secundario grave.

Instrumentos

- ☑ Entrevista semi-estructurada (Anexo2).- Se trata de un cuestionario realizado *ex profeso* para la presente intervención que permitirá conocer datos demográficos, antecedentes personales, familiares y características personales de las pacientes.
- ☑ Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Anexo3) : Creado por Zigmond y Snaith (1983). Su contenido se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de la ansiedad y la depresión. La exclusión de síntomas somáticos evita equívocos de atribución cuando se aplica a pacientes con alguna enfermedad física, considerando la característica psicopatológica central de la depresión a la anhedonia de los pacientes y las manifestaciones de propias de la ansiedad generalizada. La validación del HAD se ha hecho en múltiples países y condiciones; en 2002 Bjelland et al. describen en su revisión de 747 estudios sobre la validez de la HADS en diferentes enfermedades crónico degenerativas, una adecuada estructura factorial del instrumento con un alfa de Cronbach de 0.68 a 0.93 para sintomatología ansiosa y para sintomatología depresiva de .79 a .80 y una alta consistencia interna ($\alpha=.83$ a .85). Adicionalmente, la HADS ha demostrado ser un instrumento adecuado y sensible a los cambios tanto durante el curso de la enfermedad, como en respuesta al tratamiento psicoterapéutico e intervención psicofarmacológica. En México has sido adaptada y validada para población oncológica con coeficiente satisfactorio de Cronbach total de .86; de .79 para ansiedad y .80 para depresión, con puntos de corte de 5 para cada sub-escala (Galindo et al., 2015).

Es un cuestionario auto-aplicable que consta de 12 reactivos integrado por dos sub-escalas: ansiedad y depresión de 6 reactivos cada una. Los reactivos de la sub-escala de ansiedad se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Por

su parte, los reactivos de la sub-escala de depresión se centran en el área de la anhedonia, puesto que es probablemente el rasgo psicopatológico central de la depresión; así, la sub-escala de depresión indaga, básicamente, cuestiones como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, tener pensamientos pesimistas o la capacidad de reír. Existen cuatro opciones de respuesta de tipo Likert para cada reactivo cuya puntuación oscilan del cero al tres, dando un puntaje total mínimo de cero y máximo de 18 para cada sub-escala; los puntos de corte indican de cero a cinco ausencia clínica de ansiedad o depresión, de 6-8 ansiedad/depresión leve, de 9 a 11 ansiedad/depresión moderada y de 12 en adelante ansiedad/depresión grave. (Galindo, et al., 2015).

- Inventario de afrontamiento Brief Cope-28 (Morán & Landero, 2010) Versión Corta del Inventario Cope de Carver (1997) (Anexo4).- Escala que evalúa los estilos de afrontamiento como la respuesta que emiten los individuos ante una situación específica y tiene un coeficiente de confiabilidad de entre $\alpha=.50$ y $.90$ y en México de $\alpha=.764(18)$.

Consta de 28 reactivos distribuidos en 14 sub-escalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y autoinculpación. Cuenta con cuatro opciones de respuesta con puntuación de 0-3: en ningún momento, en algún momento, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, haciendo referencia a la frecuencia con que la persona realiza una acción o tiene un pensamiento en torno a una situación específica. Puntajes altos indican el uso más frecuente de ese estilo o respuesta de afrontamiento.

Materiales

- ☑ Consentimiento Informado (Anexo1).- Consentimiento elaborado con base en los lineamientos del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social
- ☑ Audio de técnica de relajación autógena³
- ☑ Reproductor mp3
- ☑ Audífonos
- ☑ Hojas de trabajo para participantes (Anexo 5 y 7).
- ☑ Cuestionario de Evaluación de Riesgos (Anexo 6).- Cuestionario de 3 preguntas abiertas elaborado para el presente protocolo para evaluar y conocer tanto la opinión como algún posible daño o inconformidad por parte de las participantes debido a la intervención psicológica.

Procedimiento

Se invitó a participar a las pacientes por dos medios: a aquellas que acudían a consulta al servicio de oncología quirúrgica para programar su cirugía se les invitaba en ese momento a participar explicándoles el objetivo de la intervención y protocolo a seguir, en caso de estar interesadas se les agendaba una cita de primera vez para realizar la firma del consentimiento informado así como la entrevista y evaluación iniciales. La siguiente opción, en caso de no contactar a alguna paciente en los consultorios de programación quirúrgica, fue mediante la agenda de cirugía del servicio hospitalario, se buscaba en la agenda aquellas que fueran a ser intervenidas próximamente y se les llamaba por teléfono invitándolas a participar en el protocolo. De igual forma, si aceptaban se les agendaba una cita de primera vez.

³ La descripción de cada una de las técnicas utilizadas se detalla en el anexo 10

Una vez transcurrida la entrevista y evaluación, se daba inicio a la intervención psicológica mediante una segunda cita a los 8 días aproximadamente (el cronograma de actividades se presenta en la tabla 3).

Dicha intervención constó de 5 sesiones descritas a detalle en el Anexo 10; la primera de ellas previa a la cirugía, la segunda el día de la intervención quirúrgica, la tercera el día posterior a la misma en que era dada de alta del servicio, una cuarta sesión a los 8-10 días posteriores en que la paciente acudía a consulta de curación y revisión y la última intervención a los 15 días aproximados después de la cirugía en la que además se realizaba la post-evaluación. Finalmente se veía a la paciente a aproximadamente a los dos meses para realizar el seguimiento.

Las pacientes eran contactadas y atendidas en los diferentes consultorios del departamento de oncología, en el área de hospitalización y en un aula dentro del mismo servicio que nos facilitaron para una atención más personal y privada. El trabajo fue realizado por una psicóloga titulada, estudiante de maestría y una estudiante de último grado de licenciatura de la Facultad de Psicología UNAM.

Cabe resaltar que aquellas pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión pero deseaban recibir la atención, no quedaban excluidas, recibían la misma intervención sin ser añadidas al protocolo de investigación.

Una vez concluida la intervención y habiendo obtenido todos los datos necesarios, se procedió a realizar el análisis de resultados mediante el programa estadístico STATA 12, realizando un análisis de varianza de medidas repetidas para determinar las diferencias entre las evaluaciones (pre, post y seguimiento) y el efecto de la intervención. Así mismo se presentan los datos sociodemográficos y clínicos con un análisis descriptivo.

Tabla 3Cronograma de Intervención cognitivo-conductual para mujeres sometidas a mastectomía⁴

Etapa	Lugar y momento	Actividades-Estrategias
1	Consulta de programación quirúrgica Consultorio de oncología	Selección e invitación de participantes
2	Aula de usos múltiples del servicio de oncología quirúrgica. 8 días después de ser invitadas a participar. ⁵	Entrevista inicial Detección de pensamientos disfuncionales Pre-evaluación
3	Aula de usos múltiples 8 días después de haber sido seleccionada.	Psico-educación Detección de pensamientos disfuncionales previos a la cirugía. Reestructuración cognitiva Respiración diafragmática y Relajación autógena
4	Día de la cirugía. Área de hospitalización 8-15 días posteriores al momento 3	Reestructuración cognitiva Relajación Autógena
5	Día post quirúrgico. Área de hospitalización	Psico-educación Detección de pensamientos disfuncionales después de la cirugía Reestructuración cognitiva Relajación autógena
6	Consulta de curación (10 días posteriores a la cirugía). Aula de usos múltiples	Reestructuración cognitiva Método de Solución de problemas. Relajación autógena
7	Consulta de curación (8 días después). Aula de usos múltiples	Psico-educación Reestructuración cognitiva Solución de problemas Relajación autógena Post-Evaluación
8	Consulta de Reporte Histopatológico (7 semanas posteriores). Aula de usos múltiples	Evaluación de Seguimiento

⁴ El programa detallado de cada sesión de la intervención se presenta en el Anexo 8

⁵ Los días son aproximados y con base en un promedio, se ajustaron de acuerdo a las necesidades personales y de evolución médica de cada paciente así como del servicio hospitalario.

Resultados

Análisis descriptivo

Cómo se detalló en la sección de participantes, colaboraron 26 pacientes con un promedio de edad de 56 años, la edad mínima registrada fue de 32 años y la mayor de 82. Empleadas y dedicadas al hogar principalmente, con una red de apoyo sólida casi todas ellas (92%). Clínicamente se encontraban, es su mayoría, en etapas localmente avanzadas de la enfermedad, es decir con estadios IIB o mayores. Prácticamente la mitad (47%) contaba con alguna comorbilidad siendo las principales Diabetes Tipo 2 e Hipertensión Arterial. El tratamiento neoadyuvante que recibieron 9 pacientes fue la quimioterapia mientras que para el resto no fue necesario, por el contrario, el tratamiento adyuvante fue ineludible para prácticamente todas, siendo los de primera línea quimio y radioterapia.

Entre las cogniciones manifestadas por las pacientes ante el diagnóstico y los tratamientos propuestos, resalta la idea relacionada con la muerte, ya sea por la enfermedad o por la anestesia y la preocupación por el futuro de su familia, principalmente el de sus hijos. Así mismo, la atribución de la enfermedad como un castigo debido a rencores, emociones o acciones negativas que tuvieron durante su vida.

Dichas cogniciones se detallan en la Tabla 6, donde también se observa que el miedo y la tristeza fueron las emociones más frecuentes. A su vez, las dudas en torno a la quimioterapia, a la cirugía y como sería su apariencia fueron las más reportadas.

Tabla 6*Reacciones ante el diagnóstico y tratamiento*

Cogniciones	n	Emoción	n	Dudas	n
Me voy a morir	8	Miedo	11	¿En qué consiste la cirugía?	8
¿Qué va a pasar con mis hijos... familia?	5	Negación	8	¿Cómo me voy a ver?	6
Es culpa mía, debido a rencores y emociones negativas	5	Tristeza	11	¿Qué es la quimioterapia?	10
Miedo a reacción de la anestesia o no despertar de la cirugía	5	Coraje	4	¿Qué es la radioterapia?	6
Miedo a perder el cabello	4			¿Cómo será la anestesia?	5
Miedo a morir durante la quimioterapia	2			Trámites administrativos del hospital	6

Tabla 7*Frecuencia de los estilos de afrontamiento utilizados en los tres momentos de evaluación*

Pre test	n	Post test	n	Seguimiento	n
Religión	10	Apoyo emocional	6	Aceptación	9
Auto-distracción	9	Religión	6	Reevaluación positiva	6
Aceptación	4	Aceptación	6	Planificación	3
Negación	2	Reevaluación positiva	5	Apoyo emocional	2
Humor	1	Auto-distracción	3	Apoyo social	1
				Afrontamiento activo	1
				Religión	1
				Auto-distracción	1
				Desahogo	1
				Humor	1
Afrontamiento activo	5	16		24	
Afrontamiento pasivo	21	10		2	

En la tabla 7 se muestran las estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes durante la intervención. Durante el pre-test se usaron estilos principalmente pasivos, dirigidos a la emoción, como el apego a la religión o la auto-distracción. Posterior a la intervención las estrategias tienden a ser más activas (en el 61%) enfocándose en el apoyo emocional, la aceptación y la reevaluación positiva mientras que al momento de seguimiento prácticamente

todas las participantes (92%) presentaron estilos de afrontamiento activo dirigido a la acción, haciendo uso de estrategias como la aceptación, reevaluación positiva y planificación.

En referencia a la sintomatología ansiosa, cabe resaltar que 13 participantes se mantuvieron sin síntomas ansiosos durante los tres momentos de evaluación. Una paciente que sí estaba ansiosa tanto al inicio de la intervención como en el pos-test logró remitir dichos síntomas en el seguimiento y 4 mujeres que tenían síntomas al inicio lo eliminaron durante el post y el seguimiento.

Para la sintomatología depresiva sobresale la baja tendencia para presentar dichos síntomas en alguno de los tres momentos. En el pre-test 34% cumplió el criterio para depresión, el 30% lo hizo así en el pos-test y sólo el 26% en el seguimiento. Doce mujeres se mantuvieron sin síntomas en los tres momentos de evaluación y tres más presentaron depresión en el pre-test y pos-test pero la eliminaron durante el seguimiento. Las tablas 8 y 9 describen las frecuencias de sintomatología ansiosa y depresiva que presentaron las pacientes a lo largo de la intervención.

Tabla 8

Presencia de sintomatología ansiosa en los tres momentos de evaluación

Ansiedad Pre test	Ansiedad seguimiento			
	Sí		No	
	Ansiedad post Sí	Ansiedad post No	Ansiedad post Sí	Ansiedad post No
Si		3	1	4
No		3	2	13

Tabla 9*Presencia de sintomatología depresiva en los tres momentos de evaluación*

Depresión Pre test	Depresión seguimiento			
	Sí		No	
	Depresión post Sí	No	Depresión post Sí	No
Si	2	2	3	2
No	1	2	2	12

Análisis estadístico

En una descripción de las variables ansiedad y depresión se observa que la media global para ansiedad fue equivalente a 3.69 con un puntaje máximo de 12 mientras que para depresión se obtuvo una media de 4 con puntaje máximo 11. La variabilidad entre sujetos es de 2.15 en el caso de ansiedad y entre cada sujeto (intra-sujeto) los puntajes tienden a desviarse de su propio promedio en 1.76 unidades. Para depresión la variabilidad entre e intra-sujetos es de 2.57 y 1.74 respectivamente (Ver Tabla 10).

Al analizar la diferencia entre medias de cada momento de evaluación se observó una reducción marginalmente significativa de la media en ansiedad del pre-test al pos-test ($p=0.07$). Del momento 1 al seguimiento existe sólo una ligera disminución, lo que refleja que el efecto de la intervención es más claro en el pos-test; sin embargo dicho efecto no parece mantenerse en el seguimiento. En la variable depresión no se observaron cambios entre las medias como se especifica en la Tabla 11.

En torno a esto, la figura 5 ilustra cómo los puntajes tanto de depresión como de ansiedad fueron bajos desde el inicio, con medianas que fluctúan entre 3 y 5. La ansiedad muestra una amplia variabilidad en el pre-test donde 50% de las participantes obtuvieron entre 2 y 7 puntos con una

mediana de 4 y el 50% restante osciló entre 7 y 12 o menos de 2. En el pos-test disminuye la variabilidad con una concentración del 50% entre 1 y 4 puntos y la mediana de 3 mientras que en el seguimiento existe una tendencia a regresar al comportamiento inicial regresando a una mediana de 4.

En la sintomatología depresiva no se observan cambios a lo largo de la intervención con medianas de 3 y puntajes que van de 0 a 10 en los tres momentos de evaluación. Es en el pre-test donde hay mayor variabilidad con puntajes de 1 a 7 para el 50% de las participantes y tiende a reducirse ligeramente para el pos-test y el seguimiento.

Tabla 10
Variabilidad de los puntajes de Ansiedad y Depresión

Variable		Media	Desviación Estándar	Min	Max	Observaciones
Ansiedad	Total	3.69	2.76	0	12	N = 78
	Entre		2.15	.33	7.66	n = 26
	Intra		1.76	-1.30	8.02	T = 3
Depresión	Total	4	3.08	0	11	N = 78
	Entre		2.57	.66	8.66	n = 26
	Intra		1.74	.32	8.32	T = 3

Tabla 11
Diferencia entre medias de las variables Ansiedad y Depresión

	Pre-test	Pos-test	Seguimiento
Ansiedad	4.57 ^a (3.16)	2.81 ^b (1.78)	3.69 (2.94)
Depresión	4.07 (3.17)	4.11 (3.17)	3.80 (3.0)

Nota: a-b: p= .07

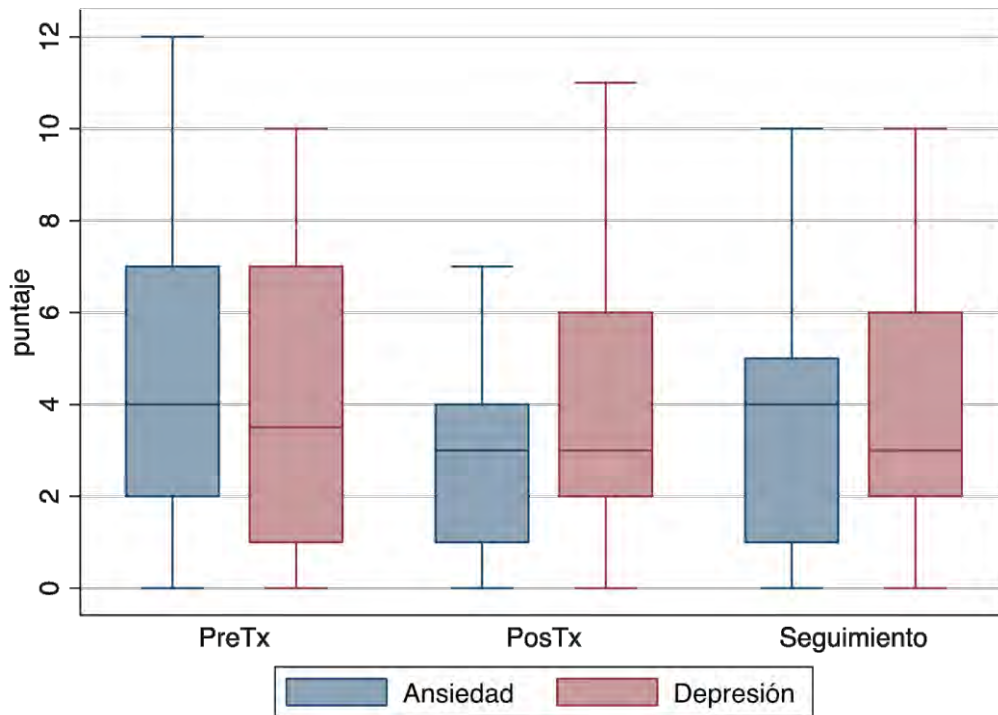


Figura 5: Diferencia entre medias y variabilidad de los puntajes de ansiedad y depresión

Tras ejecutar un análisis de varianza (Tabla 12), se corroboró que existió una diferencia marginalmente significativa al nivel de 70%. ($p=0.07$) entre las medidas de ansiedad del pre-test al pos-test, por lo que se puede rechazar la hipótesis de que las varianzas son homogéneas. Por el contrario, para la variable depresión no se observaron diferencias significativas entre los puntajes en los tres momentos de evaluación

Para ejemplificar con más detalles dichos cambios, las figuras 6 y 7 muestran el cambio en los puntajes durante los tres momentos de evaluación que tuvo cada una de las participantes en sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente. Cabe resaltar como la mayoría califica muy bajo; sin embargo, hay una disminución de ansiedad en general en al menos 10 pacientes y como ya se analizó previamente de manera estadística específicamente en el pos-test se observa una reducción en el 65% de las pacientes. Existen casos como el 11, 12, 24 o 25 que tienden a

aumentar sus puntajes, incluso algunas como el 9 o 10 aumentan durante el seguimiento a pesar de haber reducido en el post-test. También se observa en cinco participantes un mantenimiento de los puntajes a lo largo de los tres momentos.

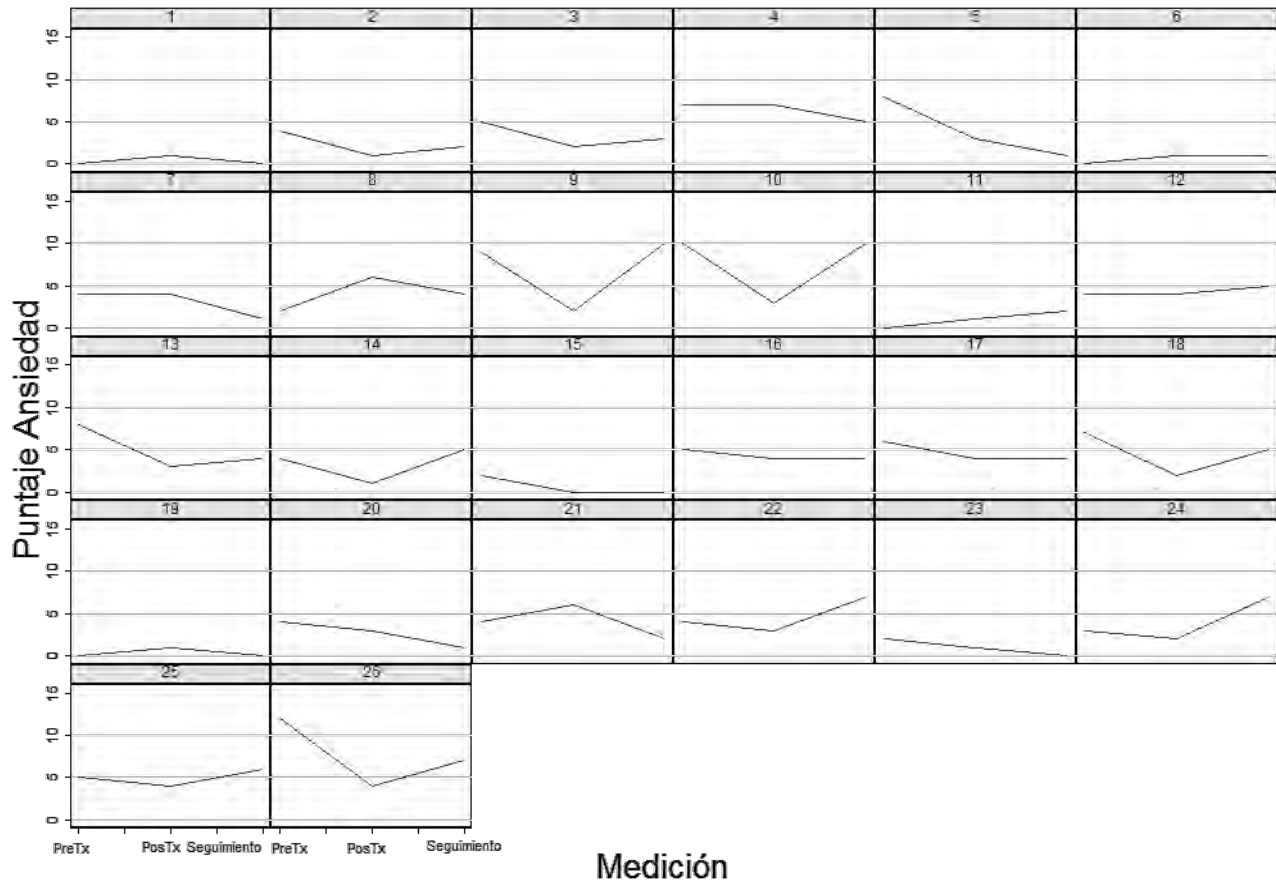
En la variable depresión las puntuaciones bajas desde el inicio de la intervención y a lo largo de la misma son notorias. A pesar de ello, en el 50% de los casos, por ejemplo el número 1, 4, 15 o 21 se observa una disminución de la sintomatología depresiva aunque en algunas situaciones no se mantiene dicho efecto y por el contrario tienden a regresar a los niveles iniciales.

Se observan también casos como el 7, 10 y 17 que tienden a mantener sus puntajes a lo largo del tratamiento así como el 27% que muestra un aumento en sus puntajes.

Tabla 12
Análisis de Varianza de medidas repetidas: Ansiedad

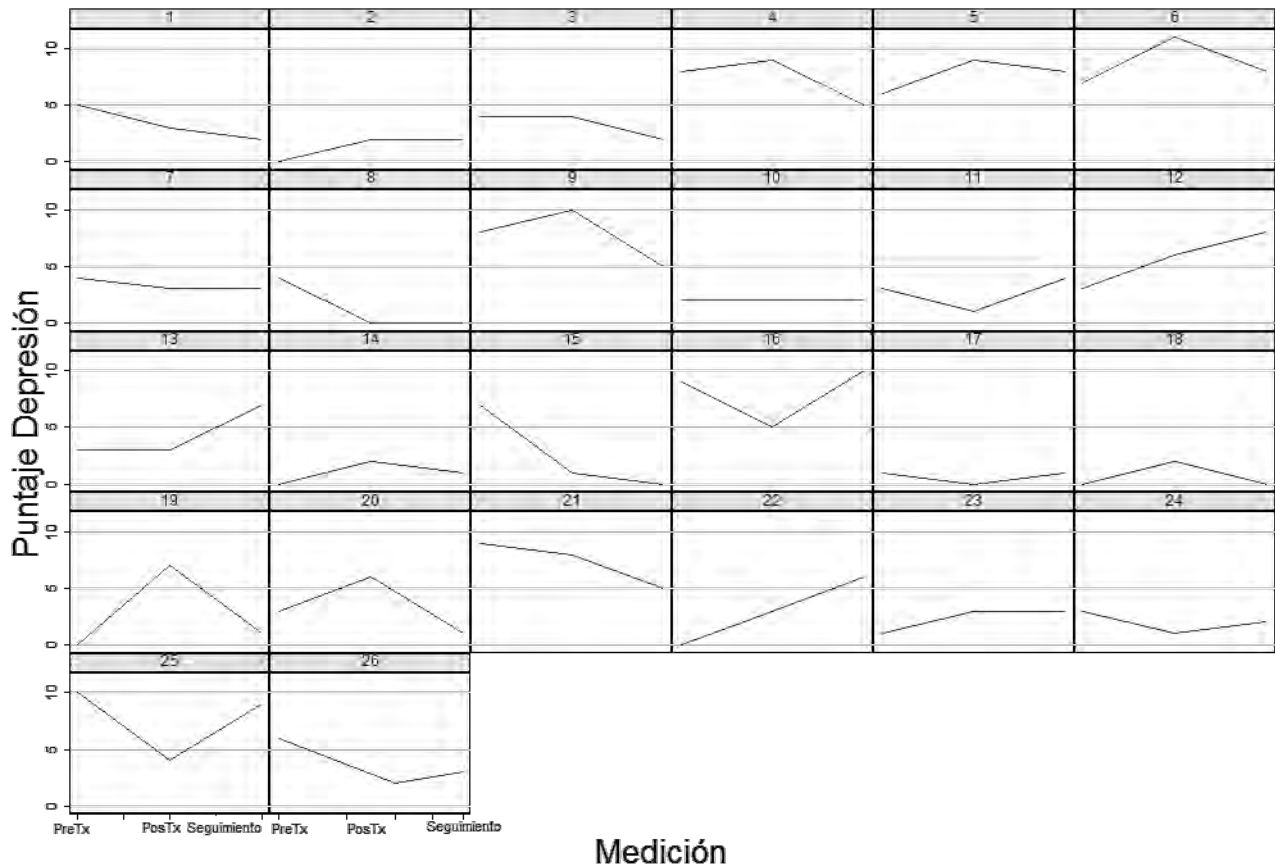
Variable	Fuente	SC	gl	CM	F	p
Ansiedad	Entre grupos	40.69	2	20.34	2.78	0.07
	Intra grupos	547.92	75	7.30		
	Total	588.615385	77	7.64435564		
Depresión	Entre grupos	1.46	2	.73	0.08	0.92
	Intra grupos	730.53	75	9.74		
	Total	732	77	9.50		

Nota: SC= suma de cuadrados, gl= grados de libertad, CM= media de cuadrados, F= valor crítico, p= nivel de significancia.



Gráfica por participante

Figura 6: Cambio en los puntajes de ansiedad de cada participante.



Gráficas por participante
 Figura 7: Cambio en los puntajes de depresión de cada participante.

Los estilos de afrontamiento que presentaron las participantes, se compararon primero entre pre-test y pos-test; donde se observó que de 21 personas que presentaron un estilo de afrontamiento pasivo 15 (71%) cambiaron a un estilo activo en el pos-test. Al comparar lo observado con lo esperado (Ver tabla 13), se encontró que los cambios ocurridos del pre-test al pos-test fueron significativos ($X^2=4.51$, $gl=1$, $p=0.034$). Al comparar los tres momentos de evaluación (Tabla 14), destaca cómo 14 participantes tenían un estilo de afrontamiento pasivo al inicio de la intervención, cambiaron a un estilo activo y lo mantuvieron durante el seguimiento; así mismo, 5 personas presentaron un estilo pasivo en los primeros dos momentos sin embargo al seguimiento cambió su estilo a activo. Estos datos se traducen en un 73% de las pacientes que lograron cambiar su estilo de afrontamiento por uno más activo y funcional.

Tabla 13*Frecuencias, porcentajes y Chi2 de los estilos de afrontamiento en pre-test y pos-test*

Estilo Afrontamiento Pre	Estilo Afrontamiento Post		Total
	Activo	Pasivo	
Activo	1 3.1 20.00	4 1.9 80.00	5 100.00
Pasivo	15 12.9 71.43	6 8.1 28.57	21 100.00
Total	16 16.0 61.54	10 10.0 38.46	26 26.0 100.00

Nota: $X^2(1, N=26)=4.51, p=0.034$ **Tabla 14***Frecuencias de los estilos de afrontamiento en los tres momentos de evaluación*

Estilo afrontamiento Pre	Afrontamiento seguimiento			
	Activo		Pasivo	
	Afrontamiento post activo	Afrontamiento post pasivo	Afrontamiento post activo	Afrontamiento post pasivo
Activo	1	4		
Pasivo	14	5	1	1

Finalmente el cuestionario de evaluación de riesgos que se realizó a petición y conforme la normatividad del comité ético de la Institución hospitalaria para ensayos clínicos Fase I, demostró como el total de las participantes no refieren algún daño o malestar debido a la intervención psicológica ni denotan haberse sentido incómodas en algún momento o con alguna situación del tratamiento. Todas las pacientes recomendarían la atención para otras mujeres que se encuentran en situaciones similares y se presentan también algunas opiniones referidas por las pacientes englobadas con base a los enunciados más frecuentes plasmados en el cuestionario (Tabla 15).

Tabla 15
Respuestas del Cuestionario de Evaluación de Riesgos

¿La intervención psicológica que ha recibido le causó algún daño o malestar?	NINGUNO = 26
¿Hubo algo que la hiciera sentir incómoda?	NADA = 26
¿Recomendaría la atención a otras personas?	SI = 26
OPINIONES	Nos ayuda a resolver muchas dudas Nos ayuda a expresarnos y sentirnos mejor Nos ayuda aceptar los cambios y enfrentar todas las situaciones que debemos pasar con la enfermedad Nos ayuda a prepararnos mentalmente Todas deberían tener esta oportunidad

Conclusiones y Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar los efectos de una intervención cognitivo conductual basada en relajación autógena, psicoeducación y reestructuración cognitiva sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y los estilos de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada.

La estructura de intervención se asemejó a la planteada en los trabajos de Garssen, et al. (2013) y Hsu, Wang, Chu, y Yen (2010) donde se evaluó ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical previo a la cirugía, posterior a ésta y en un seguimiento a mínimo 1 mes después de la cirugía. De igual forma se llevaron a cabo estrategias similares como la técnica de relajación, apoyo emocional y el aporte basto de información sobre la enfermedad.

Los resultados señalan que la mayoría de las pacientes mostró cambios significativos en los estilos de afrontamiento, pasando de estilos pasivos hacia estilos activos y más funcionales durante la post-evaluación. Esto resulta importante y benéfico no solo por el hecho de que hayan desarrollado mejores estrategias para afrontar la enfermedad y las adversidades que conlleva sino también porque se ha descrito en estudios como los de Alcalar, Ozkan, Kucucuk, Aslay, y Ozkan, (2012) y de Reid-Arndt y Cox, (2012) que afrontar la enfermedad atribuyendo significados negativos a la misma, resulta en una menor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad y depresión así como el hecho de que utilizar estilos de afrontamiento inefectivos contribuye al incremento de estrés y a una pobre función cognitiva.

En sintomatología depresiva, no se observaron cambios a lo largo de la intervención, presentándose un efecto de piso; es decir, las puntuaciones para dicha variable fueron bajas desde

la primera evaluación. Para el caso de ansiedad, el escenario es similar, el mismo efecto de piso ocurrió en poco más de la mitad de las participantes (69%). A pesar de que algunas pacientes mostraron un incremento de los síntomas ansiosos durante el seguimiento, se observaron cambios marginalmente significativos en la fase de pos-test.

Dos posibles explicaciones que pueden ayudar a entender el efecto de piso que se presentó provienen del estudio de Moerman, Van Dam, Muller, y Oosting (1996), donde mencionan que aquellos pacientes que tienen experiencia de cirugías previas presentan menores niveles de ansiedad preoperatoria que aquellos que no han tenido ninguna cirugía siendo que gran parte de las participantes habían atravesado por cirugías previas tales como cesáreas, biopsias o debido a alguna otra condición médica. Por otro lado Ganz (2008), describe algunos factores de riesgo para que las mujeres con cáncer de mama presenten altos niveles de distrés emocional (incluyendo ansiedad y depresión) que son la edad (pacientes jóvenes de entre 30 y 40 años), antecedentes de distrés psicológico o alguna enfermedad mental y falta de apoyo social, factores que no están presentes en las pacientes de este estudio; de hecho Tojal y Costa (2015), reafirman mediante la revisión de otros estudios el aspecto de que las pacientes jóvenes tienden a reportar mayores niveles de depresión y mayor dificultad de ajuste ante el diagnóstico así como una relación entre síntomas depresivos y mayor ansiedad lo que lleva a pensar que al puntuar bajo en una sintomatología lo hará así en la otra.

El incremento en los puntajes de ansiedad durante el seguimiento pudiera tener relación con el tratamiento adyuvante (principalmente quimioterapia) que dichas mujeres empezarían a recibir a partir de ese momento, pues con base a lo descrito en la revisión de Lim, Devi y Ang (2011) aquellas mujeres que se encuentran bajo tratamiento de quimioterapia presentan mayores niveles

de ansiedad, principalmente antes de la recibir la primera dosis, lo que lleva a pensar en los tratamientos como predictores de ansiedad, dejando una puerta abierta a futuras investigaciones.

Considerando dichos predictores, vale la pena tomar en cuenta también la etapa clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico. En esta muestra por ejemplo, se observó que la mayor parte de las pacientes (80%) se encontraba en etapas avanzadas de la enfermedad y solamente 5 pacientes en etapas clínicas tempranas, las cuales conllevan un mejor pronóstico y un tratamiento menos agresivo y extenso. Y es que además, el hecho de que las pacientes lleguen a recibir atención médica en estadios más avanzados podría también tener implicaciones en la efectividad de los tratamientos psicosociales en comparación con los países desarrollados como lo afirman (Galindo, et al., 2014). Todo esto da pauta a indagar en estudios posteriores la etapa clínica como posible predictor de ansiedad y depresión.

La psicoeducación y la reestructuración cognitiva fueron dos herramientas indispensables y de sumo valor durante la presente intervención al abordar las cogniciones que más afecía generaba en las pacientes según el auto-reporte. Éstas fueron las relacionadas con la muerte, ya sea por la enfermedad o por la anestesia y la preocupación por el futuro de su familia; principalmente el de sus hijos. Así mismo la atribución de la enfermedad como un castigo debido a rencores, emociones o acciones negativas que tuvieron durante su vida fue muy reportada, referente a esto no hay que olvidar la gran complicidad cultural que existe en la formación, mantenimiento y consecuencias de dichas ideas y por ello la reestructuración cognitiva fue y ha de ser clave en las intervenciones de esta naturaleza. De hecho, resulta importante adaptar primero tanto educativa como culturalmente dichas sesiones, por ejemplo mediante el uso de lenguaje claro y sencillo e incluso con términos de jerga popular y la consideración e inclusión de las creencias sociales y religiosas de la población a atenderse pues, como lo reportan Lizama et al.

(2016), las percepciones que tienen las mujeres acerca del cáncer y de los factores de riesgo para desarrollarlo difieren de lo reportado en la evidencia científica, lo cual es importante ya que el conocimiento que tengan puede llevar a una modificación de los estilos de vida para reducir dichos riesgos, de igual forma encontraron que las mujeres jóvenes y con niveles educativos altos son más propensas a identificar adecuadamente los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama. En esta intervención se hizo tal adaptación educativa y cultural al igual que lo mencionan Galindo et al. (2015), y como lo hicieron también Asuzu, Akin-Odanye y Philip (2016), para su intervención con reestructuración cognitiva sobre depresión en mujeres con cáncer en Nigeria.

Tal como lo describen Stanton y Snider desde 1993 se observó una amplia variabilidad de reacciones ante el diagnóstico y sus diferentes tratamientos, coincidiendo en algunas como las preocupaciones por la pérdida o aumento de peso, por la pérdida del cabello debido a la quimioterapia o baja autoestima. En lo que se refiere a las emociones, el miedo y la tristeza fueron las que más se mencionaron en la entrevista inicial junto con el coraje y la negación, por esta razón, mediante la psicoeducación y la técnica de solución de problemas se enseñó y logró que las pacientes identificaran de manera clara y precisa tantos sus emociones como los eventos o cogniciones que las detonaban, generando posteriormente alternativas de solución para modificarlas. Buscando siempre que llevaran a la práctica dichas estrategias en otras áreas y situaciones de su vida cotidiana.

Mediante la entrevista inicial logró obtenerse información valiosa no solo para el objetivo específico que perseguía dicha intervención sino para conocer un poco más acerca de las características de la población de estudio y de sus necesidades particulares durante el proceso de enfermedad. Se hizo énfasis en resolver las dudas que tenían las pacientes en relación a los padecimientos y tratamientos médicos ya que a mención de ellas, era uno de los aspectos que

más las inquietaban, para lograrlo hubo que ampliarse el campo de conocimiento del personal de psicología involucrado y trabajar de manera conjunta con el personal médico específicamente. Se abordó este tema durante la sesión 3 mediante el proceso de psicoeducación y tuvo que dedicarse, en varias ocasiones mayor tiempo del programado. Posiblemente, como lo mencionan Au et al. (2013), al tratarse de pacientes recién diagnosticadas y no recurrentes requerían mayor información para poder así afrontar las demandas resultantes del diagnóstico. De cualquier forma, con esto aflora y se corrobora, como en el estudio de Griesser, et al. (2011) la necesidad de información, de apoyo emocional y apoyo con sus actividades de la vida diaria que tienen las mujeres dentro de los centros hospitalarios; situación que ha de ser prioridad para las autoridades y el equipo de salud de los mismos. Tan sólo en esta intervención el 30% de las mujeres desconocían en qué consistía exactamente y las posibles consecuencias de la cirugía a la que serían sometidas en no más de un mes de proximidad. El 38% no sabía que es la quimioterapia o la radioterapia el 23% siendo altamente probable que necesitaran dicho tratamiento posterior a la cirugía.

Hay que considerar diferentes aspectos al hablar de las necesidades de las pacientes ya que, si bien en este protocolo la mayoría deseaba obtener conocimientos y resolver dudas acerca de la enfermedad, hubo y habrá pacientes que no lo deseen así e incluso prefieran tomar un rol pasivo dentro de la toma de decisiones para su tratamiento médico (Seror et al., 2013). He aquí la importancia de realizar una entrevista inicial para conocer sus deseos, tanto de información como en general en torno a la enfermedad y atenderlos de manera adecuada y de forma interdisciplinaria. Si el personal de salud conoce que tanto desea saber el paciente y que necesita brindará una atención de mayor calidad y podrían generarse programas de atención específicos

que ayudarían, entre muchas otras cosas a reducir los altos costos que conlleva en tratamiento del cáncer de mama (Lam et al., 2014; Moerman, van Dam, Muller, & Oosting, 1996).

Cada momento del proceso de enfermedad conlleva necesidades específicas que no alcanzan a ser cubiertas por el personal de salud a cargo. Desde el ámbito de la prevención, se requiere información para la población en general (haciendo énfasis en aquellas con factores de riesgo), que ayude a concientizar y promover conductas de autocuidado para la prevención y detección oportuna.

Una vez que existe sospecha, las mujeres enfrentarán altos niveles de ansiedad, miedo e incertidumbre por lo que comenzar algunas técnicas terapéuticas como la psicoeducación resultaría conveniente, de esta forma si se continúa el proceso y se llega a un diagnóstico positivo, dicha paciente contará con la información y recursos necesarios para afrontar un nuevo proceso que conlleva aún mayor ansiedad, depresión y miedo pues recordemos que los diferentes tratamientos médicos resultan nocivos en todos los ámbitos de la vida de las personas.

Pareciera que el acompañamiento emocional termina al concluir los tratamientos médicos, sin embargo, la necesidad de apoyo puede y debería prolongarse aún más; en el mejor de los casos ante un periodo libre de enfermedad y de supervivencia habrá que resarcir los daños de los tratamientos, mismos que pueden ser permanentes así que dotar a la paciente con recursos nuevos para enfrentar el resto de su vida será de vital importancia. Pero, ante un escenario no tan positivo donde exista una recaída o se perpetúe la enfermedad, la etapa de terminalidad deberá enfocarse en cuidados paliativos y preservar la calidad de vida será la prioridad. Resulta más que evidente, ante todas estas necesidades y situaciones adversas que el trabajo del personal de salud mental es imprescindible (Gálvez, 2014).

Se busca entonces que esto sea una reflexión e invitación a mejorar la atención en salud, en seguir luchando por la colaboración y atención interdisciplinaria; para no dejar de lado los aspectos emocionales de las pacientes con cáncer y a realizar más y mejores investigaciones que ayuden a optimar la atención de todos los pacientes.

En torno a esto la NOM- 041SSA2-2011 incluye un apartado acerca de integración de la consejería y acompañamiento emocional en el proceso de diagnóstico y tratamiento médico para orientar la toma de decisiones informada, favorecer el apego al tratamiento, el empoderamiento de las pacientes y mejorar su calidad de vida. Resulta ideal integrar estos lineamientos en todos los hospitales públicos de nuestro país y lograra así una atención integral y de calidad.

Nos encontramos entonces ante un escenario lleno de posibilidades y alternativas con urgencia de ser atendido.

Limitaciones y Sugerencias

La principal limitación que se encuentra es el diseño del estudio; al ser un estudio pre experimental no se contó con un grupo de comparación, lo cual dificulta atribuir por completo los cambios a la intervención. Esto se convierte entonces, en una sugerencia para próximas réplicas, el escenario ideal permitiría comparar grupo experimental y grupo control. Es importante mencionar que debido a dificultades administrativas y de tiempo principalmente no fue posible efectuar el estudio de esta forma comparativa.

El reclutamiento de participantes representó otra dificultad. Al ser un hospital de concentración, muchas mujeres provienen de lugares lejanos e incluso de otros estados de la república, lo cual dificultaba que asistieran a citas semanales para recibir la intervención. También, mucha población derechohabiente al ser de bajos recursos o debido a la misma lejanía de sus domicilios no contaban con algún número telefónico para localizarlas. Así mismo el reclutamiento resultó complicado debido a la falta de recursos humanos; esto porque el servicio donde se llevó a cabo el estudio cuenta con 4 lugares en los cuales se podía programar a una paciente para cirugía y como se indicó en el método, fue ese el momento en que se captaba e invitaba a participar a las pacientes. Al haber sólo una persona dedicada tanto a la captura de pacientes como al desarrollo de la intervención se perdían varias oportunidades de invitar a otras mujeres. Por ello se sugiere para futuras replicas se cuente con más personal para poder captar el mayor número de pacientes, cubriendo todos los lugares posibles y evitar así la necesidad de localizarlas vía telefónica. Así se contempla la limitación que se genera de una muestra pequeña y se puede ampliar la muestra para mejorar la validez externa.

Por otro lado, la utilización del Inventario Cope 28 para medir los estilos de afrontamiento es considerada otra limitación importante es; si bien es un instrumento adaptado y validado al español, no se encuentra validado para población mexicana. Se observaron durante las aplicaciones dificultades por parte de las participantes para comprender algunos reactivos, situación que pudiera alterar de alguna manera los resultados aunque se buscó disminuir al máximo dicho sesgo brindando a cada paciente los mismos ejemplos y explicaciones ante dichos reactivos. Valdría la pena realizar posteriormente una validación del instrumento para población mexicana y específicamente oncológica.

Es indispensable tomar en cuenta los bajos puntajes que se presentaron en sintomatología ansiosa y depresiva. Para ajustar mejor el presente protocolo de intervención quizá valdría la pena adecuar los criterios de inclusión y considerar exclusivamente a aquellas pacientes con niveles moderados y graves de ansiedad y depresión, de esta forma podría evaluarse con mayor claridad y validez los efectos que tienen las técnicas específicas para manejo de ansiedad en esta población.

Por último, se sugiere contar con los espacios y recursos físicos idóneos para la atención de las pacientes, donde no existan interrupciones y se desarrolle un ambiente de confianza y calidez para las mujeres. Así como incluir sesiones en colaboración con otros profesionales de la salud nutricional y de rehabilitación física con la finalidad de que las pacientes reciban información veraz y de calidad acerca de temas que generan mucha inquietud a lo largo del proceso de tratamiento como son la alimentación (en los diferentes tipos de tratamiento) y la rehabilitación del brazo posterior a la cirugía. Con ello, se vuelve a insistir en la importancia del trabajo interdisciplinario para una atención de calidad a todas las personas y ante todos los problemas de salud que acongojan a la sociedad.

Referencias

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., & Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 940–947. <http://doi.org/10.1093/jjco/hys119>
- American Cancer Society . (2016). Recuperado el 12 de 08 de 2016, de <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-breast-cancer-types>
- Asuzu, C. C., Akin-Odanye, E. O., & Philip, E. J. (2016). The effect of pilot cognitive restructuring therapy intervention on depression in female cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(6), 732–736. <https://doi.org/10.1002/pon.3950>
- Au, A., Lam, W., Tsang, J., Yau, T., Soong, I., Yeo, W., ... Fielding, R. (2013). Supportive care needs in Hong Kong Chinese women confronting advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1144–1151. <https://doi.org/10.1002/pon.3119>
- Bjelland I, Dahl AA, Haugc TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression Scale An updated literature review. *J Psychosomatic Research* 2002;52:69–77.
- Bright, K., Barghash, M., Donach, M., de la Barrera, M. G., Schneider, R. J., & Formenti, S. C. (2011). The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City, Mexico. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 20 Suppl 2, S54–59. <http://doi.org/10.1016/j.breast.2011.02.012>
- Cárdenas S.J. E., Bargalló R. J. E., Erazo V., A., Poitevin Chacón, A., Valero C.V., & Pérez S.V. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Colima, 2015.
- Callari, A., Mauri, M., Miniati, M., Mancino, M., Bracci, G., Dell’Osso, L., & Greco, C. (2013). Treatment of depression in patients with breast cancer: a critical review. *Tumori*, 99(5), 623–633. <https://doi.org/10.1700/1377.15313>

- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375–390.
<http://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Consejo Nacional de Población. (2012). Recuperado el 03 de 05 de 2015, de CONAPO:
<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Mortalidad>.
- D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (2009). Cognitive restructuring of the disputing of irrational beliefs. En W. O’Donohue, & J. E. Fisher , *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy* (pág. 743). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, Recuperado el 21 Marzo 2016
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579–594.
<http://doi.org/10.1002/pon.991>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579.

- Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J., y otros. (2015). Propiedades psicométricas de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, V. Ó., Castillo, E. R., Benjet, C., García, A. M., Ponce, J. L. A., & Aguilar, S. A. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en sobrevivientes de cáncer: una revisión.. *Psicooncología*, 11(2-3), 233–241. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47385
- Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 22(6), 642–646, 650; discussion 650, 653.
- Garduño, C., Sánchez-Sosa, J. J., & Riveros, A. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69–80.
- Garssen, B., Boomsma, M. F., Meezenbroek, E. de J., Porsild, T., Berkhof, J., Berbee, M., ... Beelen, R. H. J. (2013). Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psycho-Oncology*, 22(3), 572–580. <http://doi.org/10.1002/pon.3034>
- Gil Moncayo, F. L., Costa Requena, G., Javier Pérez, F., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90–92. <https://doi.org/10.1157/13115354>
- González, Mónica Teresa; Landero, René; Morán, Consuelo; (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, Mayo-Agosto, 543-552
- Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., Louis, J. S., ... Azenha, G. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391–436. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70048-2](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70048-2)

- Griesser, A.-C., Vlastos, G., Morel, L., Beaume, C., Sappino, A.-P., & Haller, G. (2011). Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 466–474. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01190.x>
- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2013). Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 18(3), 623–641. <http://doi.org/10.1111/bjhp.12009>
- Hsu, S.-C., Wang, H.-H., Chu, S.-Y., & Yen, H.-F. (2010). Effectiveness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 18(3), 215–226. <http://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181ed57d0>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Recuperado el 05 de 03 de 2015, de Instituto Nacional de Geografía y Estadística: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado el 1 de Marzo de 2016, de http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69–90. <http://doi.org/10.3322/caac.20107>
- Jemal, A., Center, M. M., DeSantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 19(8), 1893–1907. <http://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0437>

- Justo, N., Wilking, N., Jönsson, B., Luciani, S., & Cazap, E. (2013). A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *The Oncologist*, *18*(3), 248–256.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0373>
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, *104*(12), 2872–2881.
<https://doi.org/10.1002/cncr.21532>
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Velázquez, E., Dorantes, J., Méndez, Ó., & Ávila-Burgos, L. (2009). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, *51*, s286–s295.
- Lam, W. W. T., Tsang, J., Yeo, W., Suen, J., Ho, W. M., Yau, T. K., ... Fielding, R. (2014). The evolution of supportive care needs trajectories in women with advanced breast cancer during the 12 months following diagnosis. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *22*(3), 635–644. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2018-x>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*(3), 234–247.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazcano-Ponce, E., Mohar-Betancourt, A., Meneses-García, A., & Hernández-Ávila, M. (2016). Cancer burden in Mexico: urgent challenges to be met. *Salud Pública de México*, *58*(2), 101–103.
- Lee, M. S., Love, S. B., Mitchell, J. B., Parker, E. M., Rubens, R. D., Watson, J. P., ... Hayward, J. L. (1992). Mastectomy or conservation for early breast cancer: psychological morbidity. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, *28A*(8-9), 1340–1344.

- Lim, C. C., Devi, M. K., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(3), 215–235. <http://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x>
- Linden, W. (2007). The Autogenic Training Method of J.H.Schultz. En P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime, *Principles and Practice of Stress Management* (pág. 734). New York: The Guilford Press
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Lizama, N., Rogers, P., Thomson, A., Slevin, T., Fritschi, L., Saunders, C., & Heyworth, J. (2016). Women's beliefs about breast cancer causation in a breast cancer case-control study. *Psycho-Oncology*, 25(1), 36–42. <https://doi.org/10.1002/pon.3869>
- López-Carrillo, L., Torres-Sánchez, L., López-Cervantes, M., & Rueda-Neria, C. (2001). Identification of malignant breast lesions in Mexico. *Salud Pública de México*, 43(3), 199–202. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342001000300004>
- López Pérez, M., Polaino-Lorente, A. & Arranz, P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 423-428
- Manuel, J. C., Burwell, S. R., Crawford, S. L., Lawrence, R. H., Farmer, D. F., Hege, A., Avis, N. E. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(2), 85–94. <http://doi.org/10.1097/01.NCC.0000265001.72064.dd>
- Matthews, H., Grunfeld, E. A., & Turner, A. (2016). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4199>

- McArdle, J. M., Hughson, A. V. M., & McArdle, C. S. (1990). Reduced psychological morbidity after breast conservation. *British Journal of Surgery*, 77(11), 1221–1223.
<http://doi.org/10.1002/bjs.18007711110>
- Mejorada, R. E. O., Tufiño, M. A. T., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., Rosas, A. R., & Sosa, J. J. S. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55–62.
- Moerman, N., Van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia and Analgesia*, 82(3), 445–451.
- Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M. T., Lara, F., & Beltrán-Ortega, A. (2009). Available resources for the treatment of breast cancer in Mexico. *Salud Pública de México*, 51, s263–s269.
<https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000800017>
- National Cancer Institute. (2016). Recuperado el 12 de 08 de 2016, de NCI Dictionary of cancer terms : <http://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Breast cancer.
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). NCCN Guidelines for patients, Breast Cancer-Carcinoma in Situ (Stage 0). Washington.
- Nelson, E. A., Dowsey, M. M., Knowles, S. R., Castle, D. J., Salzberg, M. R., Monshat, K., ... Choong, P. F. M. (2013). Systematic review of the efficacy of pre-surgical mind-body based therapies on post-operative outcome measures. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 697–711. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.08.020>
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (2011). Diario Oficial de la Federación

- Oers, H. V., & Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice*, 55(6), 525–529.
<http://doi.org/10.1080/20786204.2013.10874411>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado el 04 de 13 de 2015, de
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado el 10 de abril de 2016, de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Ornelas Mejorada, R. E. (2013). Efectos de una intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología UNAM. México.
- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., Glück, S., DerHagopian, R. & Carver, C. S. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 70(9), 1044-1049.
- Reid-Arndt, S. A., & Cox, C. R. (2012). Stress, Coping and Cognitive Deficits in Women After Surgery for Breast Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(2), 127–137.
<http://doi.org/10.1007/s10880-011-9274-z>
- Schlebusch, L. (2004). The Development of a Stress Symptom Checklist. *South African Journal of Psychology*, 34(3), 327–349. <http://doi.org/10.1177/008124630403400301>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imágen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 41(2), 112-120.
- Secretaría de Salud. (2009). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. México

- Secretaria de Salud. (2014). Dirección General de Epidemiología. Recuperado el 1 de marzo de 2016, de Anuario de Morbilidad 1984-2014:
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- Seitz, D. C. M., Besier, T. & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(7), 683-690.
- Seror, V., Cortaredona, S., Bouhnik, A.-D., Meresse, M., Cluze, C., Viens, P., ... Peretti-Watel, P. (2013). Young breast cancer patients' involvement in treatment decisions: the major role played by decision-making about surgery. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2546–2556.
<https://doi.org/10.1002/pon.3316>
- Sociedad Americana de Cáncer. (2014). Recuperado el 03 de 05 de 2015, de
<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-what-is-breast-cancer>.
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 12(1), 16–23.
- Tojal, C., & Costa, R. (2015). Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1060–1065. <https://doi.org/10.1002/pon.3765>
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 54–59.
<http://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.010>

Anexo 1



Carta de Consentimiento Informado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Educación, Investigación y políticas de salud
Coordinación de Investigación en Salud



Nombre del estudio: Intervención cognitivo-conductual sobre el afrontamiento, sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres sometidas a mastectomía-----.

Lugar y fecha: México, D.F a _____ de _____ 201__

Número de registro:

Justificación y Objetivo del estudio: Debido a lo difícil que es enfrentar un diagnóstico de cáncer y los problemas emocionales que pueden aparecer, el presente estudio tiene como fin apoyar a las mujeres que tienen un diagnóstico de cáncer de mama y serán sometidas a cirugía. El propósito de esta intervención es analizar la forma en que enfrentan la enfermedad, brindar apoyo psicológico y acompañar a las pacientes a través de este difícil proceso.

Procedimientos: Si usted acepta participar con nosotros, será incluida a un protocolo donde recibirá consultas psicológicas antes y después de su cirugía en las cuales se le enseñarán estrategias para enfrentar este proceso, el tratamiento en general para el cáncer de mama y problemáticas de su vida cotidiana. Durante las consultas se le pedirá que conteste algunas pruebas psicológicas para conocer un poco más su estado de ánimo y usted podrá tener los resultados al finalizar la intervención.

Posibles riesgos y molestias: La intervención no implica ningún riesgo para usted; no se tomarán muestras de ningún tipo ni implica tratamiento con medicamentos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejoría en su estado de ánimo, menor angustia y menores molestias por algunos procedimientos médicos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Si en algún momento existe otra alternativa de tratamiento psicológico que le pueda ayudar se le informará.

Participación y retiro: Que usted participe con nosotros es voluntario así mismo si usted no desea seguir participando podrá notificarlo en cualquier momento sin que esta decisión afecte su atención médica dentro de la Institución.

Privacidad y confidencialidad: Los datos obtenidos serán completamente confidenciales, y serán usados solo por los responsables del proyecto.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: En caso de que requiera tratamiento médico de apoyo durante su atención psicológica será enviada con el especialista correspondiente.

En caso de dudas o aclaraciones: Podrá dirigirse con:

Dr. Victor Hugo Villafaña Vázquez
Investigador Responsable.
Servicio de Oncología Quirúrgica
UMAE Hospital Gineco-Obstetricia N°3
Matrícula:11791284 Tel: 57245900

Dra. Xóchitl Rizo Cordero
Investigador asociado
Servicio de Oncología Quirúrgica
UMAE Hospital Gineco-Obstetricia N°3
Matrícula:99281170 Tel: 57245900

Dr. Mario Enrique Rojas Russell
Investigador Asociado
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina UNAM e-mail merr@unam.mx

Lic. Psic. Mónica Ramírez Orozco
Tesista
Facultad de Psicología UNAM
Tel: 04455-4001-1221

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México D.F., CP. 06720. Teléfono
(55) 56 27 69 00 extensión 21230 Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Con mi firma otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios y los formatos pertinentes así como asistir a las sesiones programadas.

Nombre y firma del participante

Lic. Psic Mónica Ramírez Orozco

Testigo: Nombre, Firma y parentesco

Testigo: Nombre, Firma y parentesco

Anexo 2

Entrevista semi-estructurada para pacientes con cáncer de mama

Datos sociodemográficos.-

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ NSS: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Teléfono: _____

Hijos: _____

Vive con: _____

Datos médicos.-

Diagnóstico: _____ Fecha Dx: _____

Tratamiento Neoadyuvante: Quimioterapia Radioterapia

Fecha: _____

Número de sesiones: _____

Cirugía: Mastectomía Cirugía conservadora Fecha: _____

Fecha de Internamiento: _____

Tratamiento adyuvante: Quimioterapia Radioterapia

Fecha: _____

Número de sesiones: _____

Tratamientos alternativos: _____

Comorbilidades: _____

Datos psicológicos.-

¿Ha estado en tratamiento psicológico alguna vez? SI NO

¿Por qué causa? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico alguna vez? SI NO

¿Por qué causa? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Toma algún medicamento psiquiátrico? SI NO ¿Cuál? _____

Pensamientos y emociones relacionados con el diagnóstico:

Pensamientos y emociones relacionados con el tratamiento:

Red de apoyo:

Notas:

Anexo 3 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de afirmaciones que describen algunos síntomas que las personas pueden presentar. Después de leer cada una ponga una **X** en la opción que usted considere describe mejor la forma en que **se sintió en los últimos siete días**. **Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de hacer su elección.**

1.- Me siento tensa o nerviosa

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

3.- Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

6.- Me siento alegre.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

7.- Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

8.- He perdido el interés en mi aspecto personal.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

9.- Me siento inquieta como si no pudiera parar de moverme.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

10.- Me siento optimista respecto al futuro.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

11.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

12.- Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

Anexo 4

**Inventario de Afrontamiento
COPE-28**

Nombre _____ Edad _____
Fecha _____ NSS _____ Dx _____

Instrucciones: Después de leer cada oración marque con una **X** la opción que mejor describa lo que usted hizo o pensó en los últimos **7 días**.

		En ningún momento	En algún momento	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	0	1	2	3
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy	0	1	2	3
3	Acepto la realidad de lo que ha sucedido	0	1	2	3
4	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	0	1	2	3
5	Me digo a mí mismo "esto no es real".	0	1	2	3
6	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
7	Hago bromas sobre ello.	0	1	2	3
8	Me critico a mí mismo	0	1	2	3
9	Consigo apoyo emocional de otros	0	1	2	3
10	Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	0	1	2	3
11	Renuncio a intentar ocuparme de ello	0	1	2	3
12	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables	0	1	2	3
13	Me niego a creer que haya sucedido.	0	1	2	3
14	Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	0	1	2	3
15	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	0	1	2	3
16	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
17	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	0	1	2	3
18	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	0	1	2	3
19	Me río de la situación	0	1	2	3
20	Rezo o medito.	0	1	2	3
21	Aprendo a vivir con ello	0	1	2	3
22	Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	0	1	2	3
23	Expreso mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
24	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo	0	1	2	3
25	Renuncio al intento de hacer frente al problema.	0	1	2	3
26	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	0	1	2	3
27	Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
28	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	0	1	2	3

Anexo 5

Registro para estrategia de Solución de problemas

¿Qué problema se me presentó?	¿Qué hice para solucionarlo?

Anexo 6

Cuestionario de evaluación de riesgos de la intervención

Con el fin de evaluar la intervención que usted ha recibido y conocer sus opiniones, le pedimos de favor responda a las siguientes preguntas.

La información brindada será plenamente confidencial y de gran utilidad para mejorar el servicio que se otorga a las pacientes, por lo tanto puede sentirse en plena confianza de contestar de forma honesta.

Nombre (opcional): _____

Fecha: _____

1.- ¿La intervención psicológica que ha recibido le causó algún daño o malestar? Si es así, ¿Cuál?

2.- ¿Hubo algo que la hiciera sentir incómoda?

3.- ¿Recomendaría la atención a otras personas? ¿Por qué?

Opiniones y sugerencias:

Anexo 7

Registro de pensamientos disfuncionales

Día	¿Qué pensé?	¿Qué emoción generó?	¿De qué otra forma puedo verlo?	¿Qué emoción generó?

Anexo 8

Programa de Intervención cognitivo-conductual para mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía

Sesión	Presentación e invitación al protocolo		
Estrategia	Actividades	Tiempo	Ejercicio en casa
Invitación	<ul style="list-style-type: none"> Se explicará a la paciente en qué consiste el protocolo y se invitará a participar en él otorgándole una cita subsecuente. 	10 min	
Sesión 1			
Presentación y evaluación			
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Presentación y firma de consentimiento informado, se explicará con mayor detalle el protocolo y el plan de trabajo así mismo se establecerán las reglas de trabajo. 		
Entrevista inicial	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará la primera evaluación: cuestionarios HADS y COPE 28 Se realizará la entrevista para captura de datos sociodemográficos y detección de pensamientos automáticos disfuncionales sobre el padecimiento y/o procedimiento quirúrgico. 	60 min	
Sesión 2			
Educación para la salud			
Psico-educación		120 min	Se pedirá que practique los ejercicios de respiración y relajación en su casa otorgando el formato de auto-registro para dicha actividad y formato de registro de pensamientos disfuncionales.
Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> Se brindará una explicación general acerca del cáncer de mama, ¿qué es? ¿Cómo se clasifica? y sobre la mastectomía radical modificada: ¿en qué consiste el procedimiento quirúrgico? Y el protocolo dentro del hospital dando un tiempo para resolución de dudas específicas. 		
Respiración diafragmática y relajación autógena	<ul style="list-style-type: none"> Explicación del modelo cognitivo-conductual ABC (cómo se relacionan los pensamientos-emociones-conducta, debatiendo las ideas o pensamientos disfuncionales detectados acerca del procedimiento quirúrgico y en general). Se realizarán ejercicios de respiración diafragmática y relajación autógena 		

Anexo 8 Continúa

Sesión 3		Preparación pre-quirúrgica	
Relajación Autógena	Aproximadamente 30 minutos antes del procedimiento quirúrgico se realizará dará continuidad a la estrategia de reestructuración cognitiva, debatiendo los pensamientos disfuncionales que se presenten.	15 min	
	Posteriormente se realizará ejercicio de relajación autógena (guiada por audio): Se le colocarán a la paciente unos audífonos para que escuche y realice la relajación autógena, estando el terapeuta pendiente de las dudas que surjan. <ul style="list-style-type: none"> Se acompañará a la paciente a la sala de quirófano hasta dejarla con el personal médico correspondiente. 	10 min	
Sesión 4		Intervención pos-quirúrgica	
Psico-educación	En el área de hospitalización, al día siguiente de la cirugía.	40 min	Se pedirá que siga practicando en casa los ejercicios de relajación y se dará formato de registro de pensamientos disfuncionales.
Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> Se brindará una explicación acerca de los cuidados postquirúrgicos y del proceso de seguimiento dentro del hospital. 		
Relajación autógena	<ul style="list-style-type: none"> Se continuará con el proceso de reestructuración de pensamientos disfuncionales. Se realizará ejercicio de relajación autógena 		
Sesión 5		Solución de problemas	
Reestructuración cognitiva	A los 10 días de la cirugía en el aula del hospital se dará cita de seguimiento donde se revisarán los formatos de auto-registro. <ul style="list-style-type: none"> Se debatirán los pensamientos automáticos disfuncionales detectados. 	120 min	Se revisarán los registros de la semana y se darán nuevos formatos de auto-registro para la práctica en casa de ejercicios de relajación autógena, pensamientos disfuncionales y solución de problemas.
Estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> Se enseñará el método de 5 pasos de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried y cómo podrá aplicarlo a su vida así como una explicación acerca de la asertividad para mejorar la comunicación con el personal de salud: 		
Relajación autógena	<ul style="list-style-type: none"> Ψ Especificar el problema, Generar alternativas, evaluar las alternativas (ventajas y desventajas de cada una), Toma de decisiones y Evaluación de los resultados. 		

Anexo 8 Continúa

Sesión 6		Tratamientos adyuvantes
Psico-educación	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas 	
Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se explicarán los tipos de tratamientos adyuvantes a los que podrá ser sometida la paciente: quimioterapia y radioterapia ¿en qué consisten? • Se debatirán los pensamientos automáticos disfuncionales detectados. 	120 min
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Se continuará practicando la estrategia de solución de problemas retomando situaciones vividas durante la semana. 	
Relajación autógena	<ul style="list-style-type: none"> • Se practicará el ejercicio de relajación autógena. • Se realizara la post evaluación. 	
Sesión 7		Seguimiento
Seguimiento	<p>Aproximadamente 7 u 8 semanas posteriores se acompañará a la paciente en su consulta para recibir el informe de patología de su cirugía y se dará contención emocional en caso de ser necesarios.</p> <p>Se agradecerá por su participación y en caso de ser necesario se continuará brindando apoyo psicológico independiente al protocolo.</p> <p>Se realizará evaluación de seguimiento</p>	60 min

Anexo 9 Estudios revisados

Autor	Diseño	Muestra	Escala	Resultados
Fobair et al., (2006)	Transversal	549 mujeres 22-50 años de edad 7 meses de diagnóstico de cáncer de mama	Breast cancer problems checklist Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • La mitad experimentó problemas de imagen corporal • Problemas en sexualidad asociados a la mastectomía, pérdida de cabello, aumento o baja de peso y baja autoestima.
López-Pérez, Polaino-Lorente, y Arranz, (1992)	Correlacional	58 mujeres con cáncer de mama Mastectomizadas 28-59 años	Ansiedad de Hamilton Depresión de Beck Técnica Q de Fierro (Autoconcepto) Escala adaptada de Wallston&Wallston	<ul style="list-style-type: none"> • 84% de las mujeres experimentaron cambios en su imagen corporal. • Autoconcepto correlaciona negativamente con depresión ($r=0.75$) y con ansiedad ($r=0.59$) • A mayor deterioro en la percepción de imagen corporal, mayor puntuación de ansiedad y depresión y menor puntuación en auto-concepto.
Stanton y Snider, (1993)	Prospectivo	117 mujeres 36 con diagnóstica de cáncer de mama post biopsia. 81 con diagnóstico benigno.	Cuestionario de 4 dominios: atributos de personalidad, proceso de afrontamiento, evaluación cognitiva y estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Las pacientes con cáncer reportaron mayor afecto negativo después de la biopsia. • Pacientes sometidas a cirugía por cáncer expresaron menos vigor y mayor fatiga. • Variables pre-biopsia predicen estado de ánimo post biopsia y post-cirugía
Carver et al., (1993)	Descriptivo	59 mujeres con cáncer de mama 33-72 años	Life orientation test Cope POMS	<ul style="list-style-type: none"> • La evitación es un predictor importante de distrés. • Aceptación, reinterpretación positiva y religión son los estilos más utilizados
Alcalar, Ozkan, Kucucuk, Aslay y Ozkan, (2012)	Transversal	110 mujeres con cáncer de mama Con cirugía 6 meses previos. EC 0-II	Cuestionario de pensamientos automáticos Cuestionario de errores cognitivos Escala de ajuste mental al cáncer Inventario de depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> • Espíritu de lucha fue el estilo de afrontamiento primario en el grupo sin depresión. • Desesperanza, ansiedad-preocupación y fatalismo fueron los más usados por el grupo con depresión.
Manuel et al., (2007)	Transversal	201 mujeres <50 años Diagnóstico de cáncer de mama máximo 3 años previos EC I-III	Ways of coping Sclae	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda y uso de apoyo social fue la estrategia más mencionada (18%) • 13% reportó reestructuración cognitiva positiva • La estrategia depende del estresor: para ansiedad, depresión y enojo búsqueda y uso de apoyo social son las más usadas (26%) • Reestructuración cognitiva positiva fue la primera para miedo e incertidumbre del futuro con 12%

Reid-Arndt y Cox (2012)	Descriptivo	36 mujeres operadas por cáncer de mama	Medidas neuropsicológicas Perfil de estados de ánimo Mental Adjustment of cáncer Scale Brief Cope	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de estilos pasivos de afrontamiento se relaciona con estrés y déficits neuropsicológicos. • Reportes de estrés se correlacionaron con déficits en memoria, fluidez verbal y atención.
Lim, Devi y Ang, (2011)	Revisión sistemática	10 estudios mujeres con cáncer de mama 21-65 años de edad EC o-III A	HADS Inventario Ansiedad rasgo-estado	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad está presente ante todos los tratamientos • Mayores niveles de ansiedad en quimioterapia, específicamente antes de la primera dosis. • Mayores niveles de ansiedad ante mastectomía vs cirugía conservadora.
Nelson et al., (2013)	Revisión sistemática	20 estudios 1297 pacientes 12-216 participantes c/u 16-88 años	Inventario Ansiedad rasgo-estado	<ul style="list-style-type: none"> • La mitad de los estudios mostró reducción significativa en ansiedad postoperatoria con uso de imaginación guiada. • La técnica de Relajación mostró mejoría parcial en el bienestar psicológico. • La Imaginación guiada mostró fuerte evidencia de mejoría en bienestar psicológico y reducción del dolor postoperatorio. • Moderada mejoría en la reducción de toma de analgésicos.
Zhou et al., (2015)	Ensayo controlado aleatorizado	170 Pacientes 25-65 años Sometidas a MRM	Inventario de Ansiedad Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa en: ansiedad, $F=5.41$ $p=0.017$ • Depresión $F=20.31$, $p<0.001$; • Días de estancia hospitalaria $F=13.36$ $p<0.001$
Garduño, Sánchez-Sosa y Riveros, (2010)	Pretest-postest	60 pacientes 31-67 años Diagnóstico de cáncer de mama de 3 meses a 7 años de evolución	Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorías estadística y clínicamente significativas en prácticamente todas las áreas de calidad de vida principalmente vida cotidiana, tiempo libre, preocupaciones, percepción corporal y aislamiento ($p<0.001$).
Garsen et al., (2013)	Ensayo controlado aleatorizado	85 mujeres EC I-III Edad media 52 años 6% con MRM	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado Subescala depresión del perfil de estado de ánimo (POMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia significativa entre grupos al día 5 $F=0.47$ • Reducción en ansiedad en ambos grupos $p<0.001$ • Reducción en depresión $p<0.001$ • Aumento en calidad de vida a los días 2 y 30 post-quirúrgicos ($p\leq 0.05$)
Groarke, Curtis, y Kerin, (2013)	Ensayo controlado aleatorizado	355 mujeres Con MRM 4 meses antes Menores de 75 años 58% en EC II A-B	The Perceived stress scale Impact of event scale HADS Life orientation test	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa en ansiedad en grupo intervención post-intervención $F=6.05$ $p=0.003$
Hsu, Wang, Chu y Yen, (2010)	Cuasi-experimental	63 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama 32=grupo experimental 31=grupo control	Escala análoga-visual de ansiedad Escala de distrés emocional Escala de imagen corporal Escala de satisfacción de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto positivo inmediato en ansiedad $p<0.0001$ • Efecto a largo plazo (2 meses) en imagen corporal, ansiedad y distrés emocional $p<0.0001$

Anexo 10 Técnicas Utilizadas en el protocolo

Técnica	Descripción	Procedimiento
Psicoeducación	<p>En el proceso de psicoeducación, el paciente más que adquirir conocimientos, adquiere y/o desarrolla habilidades que le permiten hacer frente a las situaciones de la vida cotidiana.</p> <p>Ayuda a que su proceso de cognición se adapte y sea congruente con las conductas favorables para su salud y calidad de vida que ha de desarrollar y pueda entonces afrontar su enfermedad y todo lo relacionado con ella.</p> <p>Ayuda también a incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento</p>	<p>Donde se explica primero el modelo cognitivo-conductual ABC, esto es, como se relacionan los pensamientos-emociones y conducta. Y como lo que causa malestar no son los eventos es sí si no la interpretación que hacemos de ellos.</p> <p>Se explicará el tema de cáncer de mama: ¿Qué es?, ¿Cómo se clasifica? ¿En qué consiste la cirugía de mastectomía radical?</p> <p>¿En qué consisten los tratamientos adyuvantes? y sus posibles consecuencias.</p>
Método de Solución de Problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971)	<p>El objetivo terapéutico es ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de soluciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.</p>	<p>Se explica el modelo: 1) Especificar el problema, 2) Generar alternativas (posibles soluciones), 3) Evaluar las alternativas (ventajas y desventajas de cada una), 4) Toma de decisiones (elegir un plan) 5) Evaluar los resultados.</p> <p>Aplicar el modelo a ejemplos de la vida cotidiana del paciente.</p>
Reestructuración cognitiva (Ellis, 2009).	<p>La interpretación que hacemos de los eventos es la causa de generar pensamientos y sentimientos negativos y no los eventos en sí. Dicha estrategia servirá maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo; el objetivo consiste en preparar a las personas para reconocer sus pensamientos en el momento en que ocurren, de esta forma se posibilita, en caso necesario, el reemplazarlos por cogniciones que impulsen a manejarse mejor en una situación de estrés.</p>	<p>Identificación de pensamientos disfuncionales relacionados con el padecimiento y generación de pensamientos alternativos adaptativos</p>
Relajación Autógena	<p>Basada en la teoría original de Schultz, (1932), se entrena al paciente a crear un estado de relajación profunda mediante la repetición de autoafirmaciones positivas, el paciente ha de concentrarse en las propias sensaciones de su cuerpo siguiendo 6 fórmulas que van dirigidas a cada parte del cuerpo con la finalidad de generar efectos fisiológicos como disminución y/o regulación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, reducción de la tensión muscular y tensión arterial, aumento de temperatura periférica por</p>	<p>Las 6 instrucciones básicas se dirigen a cada parte del cuerpo de forma descendente (cefalo-caudal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generación de pesadez • Generación de calidez, • Regulación cardíaca, • Regulación respiratoria, • Regulación visceral y • Regulación de la mente

vasodilatación y por consiguiente una reducción general del estado de ansiedad (Linden, 2007).

Por ejemplo: Tu frente comienza a sentirse caliente y pesada, ahora tus mejillas se sienten calientes y pesadas.

Tu respiración y tus latidos son tranquilos y relajados, todo tu cuerpo se siente relajado y tu mente está tranquila.

Para finalizar se pide que lentamente abran los ojos y regresen al lugar donde se encuentran recordando la sensación de tranquilidad.

La técnica sigue las siguientes instrucciones acompañada de música tranquila de fondo.

Respiración diafragmática La respiración lenta y profunda desde el diafragma promueve un estado subjetivo de relajación y efectos fisiológicos contrarios a la hiperventilación y a la respuesta del sistema nervioso autónomo

Se da la instrucción (y se modela) de poner una mano sobre el pecho y la otra sobre el abdomen, concentrarse en mover hacia arriba y hacia abajo la mano del abdomen por medio de la respiración.

1. Colocarse en un lugar y posición cómodas
 2. Concentrarse en respirar profundamente enviando el aire al estómago, expandiéndose al abdomen, con cada inhalación el estómago debe ir hacia arriba y exhalarlo lentamente para que el abdomen regrese a su posición.
 3. Mantener dicha respiración tranquila y relajada sintiendo los movimientos de la mano y el estómago.
 4. Contar en cada inhalación y repetir hasta 10.
-

*“Y, allí arriba, en un cielo azul pálido,
un sol renaciente comenzaba a calentar la tierra.”*

Mario Vargas Llosa

