



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA SOMETIDAS A
MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA: UN
ESTUDIO EXPLORATORIO**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

PRESENTA

Ingrid Jocelyn Rosemberg García

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Aime Edith Martínez Basurto



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mis padres, Rosario García y Fernando Rosemberg, a mi abuelita Paulita y a mi tía Lupe; quienes me han acompañado en cada camino que he decidido tomar a lo largo de mi vida y que me han dado todo su amor, confianza, dedicación y esfuerzo.

A Jesús, quien a lo largo de los últimos cuatro años ha caminado a mi lado y me ha impulsado a alcanzar mis metas.

A mis amigas y amigos con quienes he compartido aprendizajes, retos, triunfos, fracasos e innumerables momentos de reflexión y diversión. No dejemos de crecer juntos.

A la Dra. Aime Martínez quien ha sido un pilar fundamental para mi crecimiento profesional y me ha dado la oportunidad de unirme a este maravilloso proyecto.

Al Dr. Edgar Landa, Dr. Juan José, Dr. José Alfredo y al Dr. Héctor, quienes me han brindado su apoyo constante y me han compartido su experiencia para mejorar y crecer profesionalmente.

A Maru quien siempre está dispuesta a compartir su conocimiento y dar su apoyo incondicional.

A Said, sin su ayuda los resultados en este trabajo no serían los mismos (literalmente).

Al hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3. La Raza, por las facilidades que me otorgaron para llevar a cabo esta intervención.

A todo el equipo “La Raza”.

Y, por su puesto, a la UNAM y a mi querida Facultad de Psicología por todo el aprendizaje académico y de vida, por las experiencias, por las personas y por un sinnúmero de aventuras que me ha regalado.

ÍNDICE

Resumen	4
Marco Teórico	
Cáncer de mama.....	6
Epidemiología.....	8
Diagnóstico y tratamiento.....	13
Mastectomía Radical Modificada como tratamiento para el cáncer de mama.....	16
Aspectos Psicológicos.....	18
Psicoeducación.....	23
Justificación	28
Objetivos	30
Preguntas de Investigación.....	30
Método	
Participantes.....	31
Escenario.....	35
Diseño.....	35
Instrumentos.....	35
Materiales.....	35
Procedimiento.....	37
Análisis estadístico.....	40
Resultados	41
Análisis descriptivo.....	41
Discusión y Conclusiones	52
Referencias	59
Anexos	
Anexo 1: Entrevista Semiestructurada para pacientes con cáncer de mama.....	65
Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado.....	66
Anexo 3: Cuestionario para la evaluación de la psicoeducación	68
Anexo 4: Diálogo para la sesión psicoeducativa.....	71
Anexo 5: Láminas ilustrativas.....	80

Resumen

Actualmente, el cáncer representa una de las principales causas de mortalidad en el mundo. En México, desde al año 2006, el cáncer de mama se ha posicionado como la enfermedad con mayor mortalidad en la mujer con una cifra de 571,000 defunciones anuales, en promedio, superando al cáncer cervicouterino lo que representa un porcentaje poblacional del 14.7% (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2016).

Si bien no hay causas directas, existen diversos factores de riesgo que incrementan su probabilidad de aparición; entre ellos destacan: la edad, la predisposición genética, la obesidad, fumar, la ingesta de alcohol, usar terapia de reemplazo hormonal, no tener hijos o tener el primero después de los 30 años de edad no dar leche materna, llevar una vida sedentaria, entre otros (MedlinePlus, 2017).

Uno de los principales tratamientos es la Mastectomía Radical Modificada (MRM) cuyo objetivo es lograr un mejor control oncológico, para esto, es importante tener en cuenta las características individuales del paciente (Val Gil, 2001).

Con base en la literatura sabemos que el cáncer de mama es considerado como uno de los cánceres más frecuentes que afecta la condición psicológica de las mujeres (Karakoyun-Celik et al., 2010), lo cual ha resultado ser más evidente en pacientes que son sometidas a una MRM, ya que, aunque la cirugía haya extendido su vida, también podría ser una fuente de perturbación emocional debido a la imagen corporal deteriorada, haciendo que las mujeres sientan que "ya no estén completas" (Roberts et al., 2003).

De acuerdo a lo anterior, resulta importante conocer la información con la que cuentan las pacientes que padecen esta enfermedad y cuya opción de tratamiento es la MRM, ya que el poseer información médica veraz podría ser útil en la manera en la que estas pacientes entienden

y se relacionan con su enfermedad, pudiendo adquirir mejores herramientas que les permitan tener una mejor interpretación de la misma.

Palabras clave: Psicoeducación, cáncer de mama, mastectomía radical modificada, conocimiento médico, oncología.

Marco Teórico

Cáncer de mama

El término cáncer engloba a un grupo de más de 100 diferentes tipos de la enfermedad que tiene como característica principal el rápido y desordenado crecimiento de células anormales (Bustamante, Marín & Cardona, 2012) que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, son conocidos también como tumores malignos o neoplasias, además, pueden invadir partes cercanas del cuerpo o esparcirse a otros órganos, a este proceso se le conoce como metástasis (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

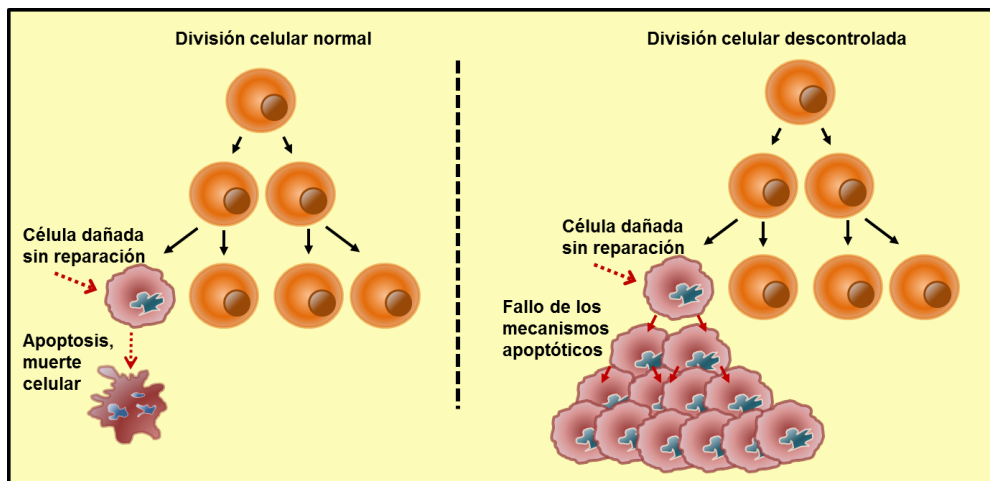


Fig. 1: Crecimiento normal de la célula vs crecimiento de células con cáncer. Adaptado de *National Comprehensive Cancer Network*, 2016.

En la mayoría de los casos se trata de padecimientos crónico-degenerativos, por lo tanto, sus incidencias y tasas de mortalidad tienden a incrementarse con la edad (Bustamante, Marín & Cardona, 2012).

En la sociedad actual, el cáncer representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Desde el año 2012 ha habido 14 millones de casos nuevos y 8.2 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. Además, dado el incremento en el pronóstico de vida y la alta prevalencia de factores de riesgo relacionados con el cáncer, se

pronostica un incremento del 70% de casos nuevos en los siguientes 20 años (Ferlay et al., 2013).

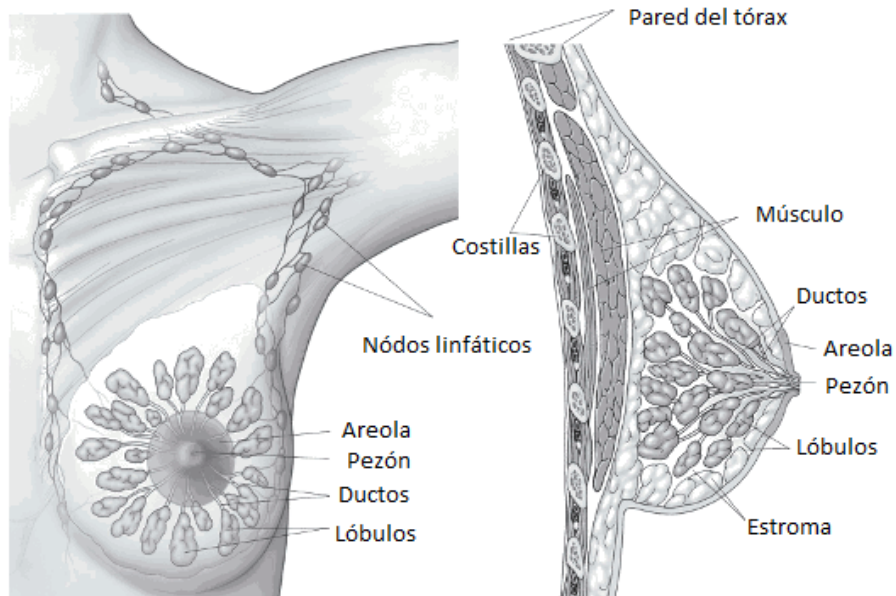


Fig. 2: Tejido de seno normal. Adaptado de *American Cancer Society*, 2017.

El cáncer de mama, al igual que otros tipos de cáncer, empieza con el crecimiento anormal o descontrolado de células, en este caso, de aquellas localizadas en las mamas, principalmente en los conductos que llevan la leche hacia el pezón (cáncer de mama ductal), o en las glándulas que producen la leche (cáncer de mama lobulillar) (ver Fig. 3), motivo por el cual es más frecuente su presencia en las mujeres, aunque existen tumores malignos de mama menos comunes, de manera que los hombres también tienen riesgo de desarrollarlo (American Cancer Society [ACS], 2017).

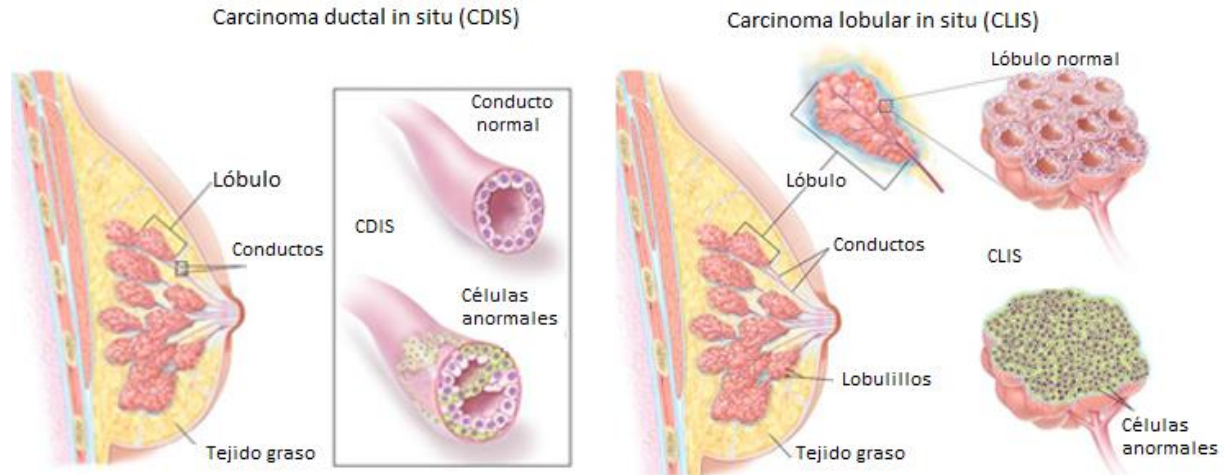


Fig. 3: Anatomía normal de la mama y representación del cáncer ductal y lobular. Adaptado de National Cancer Institute, 2016.

Epidemiología

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial; en 2015 se calcula que provocó 8.8 millones de defunciones, y se identifican cinco tipos de cáncer responsables del mayor número de fallecimientos, tales como: el cáncer pulmonar (1,69 millones de muertes), el cáncer hepático (788 000 defunciones), el cáncer colorrectal (774 000 muertes), el cáncer gástrico (754 000 defunciones) y el cáncer de mama (571 000 muertes) (OMS, 2017).

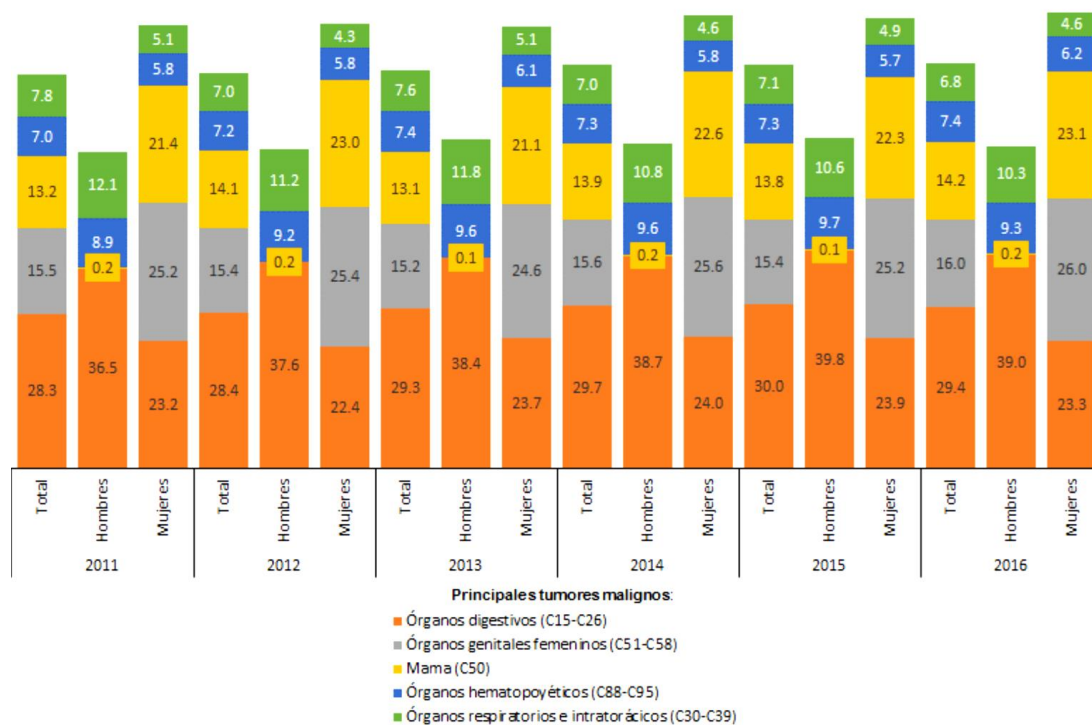


Fig 4: Porcentaje de muertes observadas para los cinco principales tumores malignos en la población de 30 a 59 años según sexo. Serie anual de 2011 a 2016.

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Excluye defunciones con residencia habitual en el extranjero y edad no especificada.

Fuente: INEGI. *Estadísticas de mortalidad en pacientes con cáncer. (2017).*

Es importante destacar que, a nivel mundial, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y representa el 16% de los tumores malignos diagnosticados. Otro dato relevante es que 69% del total de muertes por esta enfermedad se presentan en países en desarrollo donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, dificultando su tratamiento exitoso (OMS, s. f., 2017).

En México, desde al año 2006, el cáncer de mama se ha posicionado como la enfermedad con mayor mortalidad en la mujer con una cifra de 571,000 defunciones anuales, en promedio, superando al cáncer cervicouterino lo que representa un porcentaje poblacional del 14.7%. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2016).

De manera general, las tasas de mortalidad observadas por tumor maligno de mama han tenido una tendencia al alza en el periodo de 2011 a 2016; en las mujeres hay una mayor concentración de muertes por esta causa en comparación con los varones.

Es en 2016 donde se ubica la tasa más alta para ellas, con 16 defunciones por cada 100 000 mujeres de 20 años y más. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, en el año 2015 se registraron 6,252 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 18 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son: Sonora (28.6), Nuevo León (26), Coahuila (25.7), Chihuahua (24.8), Cd. México (24.7) y Sinaloa (22.2) (Secretaría de Salud [SSA], 2014).

La edad promedio de presentación de los casos de cáncer de mama es de 54.9 años, la incidencia más alta en el número de casos se registra en el grupo de 50 a 59 años con el 45% de todos los casos (SSA, 2003).

En las mujeres se observa un mayor número de casos en comparación con los varones, ya que dos de cada 10 fallecimientos femeninos por cáncer se deben al cáncer de mama (INEGI, 2016).

Si bien no hay causas directas, existen diversos factores de riesgo (ver Tabla 3) que incrementan su probabilidad de aparición; entre ellos destacan: la edad (a mayor edad, mayor riesgo), la predisposición genética (presencia de los genes BRCA1 y BRCA2), la obesidad, fumar, la ingesta de alcohol, usar terapia de reemplazo hormonal (para el tratamiento de la menopausia), no tener hijos o tener el primero después de los 35 años de edad, no dar leche materna y llevar una vida sedentaria (MedlinePlus, 2017).

Por otra parte, el cáncer de mama implica, también, una interacción de genes con factores ambientales (como la elección de los alimentos, la frecuencia en con la que se hace ejercicio, el

estilo de vida, el consumo de alcohol, el control de peso y la exposición posmenopáusica a estrógenos / progestina) y toxinas ambientales (como la radiación, las descargas eléctricas nocturnas y los pesticidas) (Colditz y Bohlke, 2014).

Además de los factores antes mencionados, se sabe que el cáncer de mama es, generalmente, impulsado por hormonas. El 70% de los cánceres de mama expresan receptores para la progesterona o el estrógeno. El uso de estrógenos exógenos, por ejemplo, la terapia de reemplazo hormonal (TRH), los pesticidas (que tienen un efecto estrogénico en nuestro cuerpo) y las hormonas de origen animal y lácteo, son los que pueden llegar a incrementar en un porcentaje mayor la incidencia de este tipo de cáncer (Dumestrescu & Cotarla, 2005).

Aunado a lo anterior, resulta importante destacar a la obesidad como uno de los factores de riesgo significativos para la aparición, recurrencia y mortalidad del cáncer de mama, dado que la grasa del tejido adiposo es una fuente importante de estrona (E1) que es la principal hormona estimulante después de la menopausia. La pérdida de peso puede ayudar a reducir significativamente la influencia de estas hormonas en este cáncer (Doyle, Kushi & Byers, 2006).

Tabla 1.*Factores de riesgo en el cáncer de mama.*

Factor	Magnitud de riesgo
Factores bien confirmados que incrementan el riesgo de padecer cáncer de mama	
Incremento en la edad	++
Región geográfica (población occidental)	++
Historia familiar de cáncer de mama	++
Mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2	++
Exposición a radiación ionizante en la infancia	++
Antecedentes de enfermedad benigna de la mama	++
Menopausia tardía (>54 años)	++
Menstruación temprana (<12 años)	++
Edad avanzada en el primer parto	++
Alta densidad mamaria mamográfica	++
Niveles altos de factor de crecimiento a la insulina 1 (IGF-1)	++
Terapias de remplazo hormonal	+
Uso de anticonceptivos orales	+
Obesidad en mujeres postmenopáusicas	+
Estatura alta	+
Consumo de alcohol (más de un trago por día)	+
Factores probables que incrementan el riesgo de cáncer de mama	
Dieta alta en grasas saturadas	+
Alto nivel socioeconómico	+
Factores confirmados que disminuyen el riesgo de cáncer de mama	
Localización geográfica (Asia y África)	--
Edad temprana del primer embarazo a término	--
Lactancia (mayor duración)	--
Obesidad en mujeres premenopáusicas	-
Consumo de frutas y vegetales	-
Actividad física	-
Agentes quimiopreventivos farmacéuticos	-
Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos	-

Definición:

++ Incremento de riesgo moderado a alto

+ Incremento de riesgo bajo a moderado

- Decremento de riesgo bajo a moderado

- - Decremento de riesgo moderado a alto

Fuente: Adaptado de Understanding breast cancer risk—where do we stand in 2005?

Diagnóstico y tratamiento:

El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen como la mastografía, el ultrasonido y la resonancia magnética. También puede diagnosticarse de manera clínica, pero en menor proporción (ej. tumores palpables), otra forma común en la que se presenta es como un tumor no doloroso, asociado hasta en un 30% a adenopatías axilares (McDonald, Saslow & Alciati, 2004).

Con el objetivo de tener una identificación eficaz de las opciones de tratamiento para pacientes con cáncer de mama, es necesario que sean clasificados en una etapa clínica de su enfermedad al momento de ser diagnosticados (ver Tabla 1). De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, toda persona con sospecha de patología mamaria maligna por exploración clínica o mastografía de tamizaje, debe recibir una evaluación diagnóstica que incluye valoración clínica, estudios de imagen y en su caso biopsia, en un servicio especializado de patología mamaria que cumpla con la normatividad correspondiente.

Para comprender las etapas clínicas en los pacientes oncológicos por cáncer de mama, se realiza la siguiente clasificación:

Tabla 2: Clasificación de los tumores de mama, sus nódulos, metástasis y etapas clínicas.

Estadio	Tamaño del tumor	Ganglio linfático	Metástasis
0	Tis	N0	Mo
I	T1*	N0	Mo
IIA	T0	N1	Mo
	T1*	N1	Mo
	T2	N0	Mo
IIB	T2	N1	Mo
	T3	N0	Mo
	T0	N2	Mo
IIIA	T1*	N2	Mo
	T2	N2	Mo
	T3	N1	Mo
	T3	N2	Mo
IIIB	T4	N0	Mo
	T4	N1	Mo
	T4	N2	Mo
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

* T1 incluye T1 mic [microinvasión (0.1 cm)]

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 o enfermedad de Paget de pezón sin tumor que lo acompañe)

Nota: Los detalles para cada nomenclatura de tamaño tumoral, ganglios y metástasis se presenta 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).

Se ha observado que el diagnóstico de cáncer de mama en México 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, en un estudio llevado a cabo por Mohar, Bergallo, Ramírez, Lara y Beltrán-Ortega (2009), se encontró 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% se encontraba en etapas avanzadas de la enfermedad. Con base en la información anterior, podemos darnos cuenta que muchas de las mujeres que padecen la enfermedad sufren sus síntomas de una manera más agresiva al encontrarse ya en etapas avanzadas, por lo cual, se vuelve necesario, como profesionales de la salud, ser sensibles a estos datos y brindar mayores

herramientas para mejorar el proceso de recuperación de la salud en las pacientes con cáncer de mama.

La descripción a detalle sobre la nomenclatura del tamaño de tumor, ganglios y metástasis se describen a continuación en la Tabla 2 con el fin de entender de una manera más clara las etapas clínicas del diagnóstico de cáncer de mama.

Tabla 3.

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

Nomenclatura	Definición
T1	Tumor de 2.0 cm o menos en su mayor dimensión
T1a	Tumor de más de 0.1 cm pero no más de 0.5 cm 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 mamarios 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).

Las decisiones terapéuticas del cáncer de mama se deben formular de acuerdo con la etapa clínica, reporte histopatológico, condiciones generales de salud de la paciente, su estado hormonal, considerando el respeto a sus derechos y su libre decisión, habiéndole informado de manera clara y adecuada a sus condiciones socioculturales y su estado emocional (NOM-041-SSA2-2011, 2011).

El tratamiento integral del cáncer de mama es multidisciplinario, incluye la cirugía como tratamiento local (ej. Mastectomía Radical Modificada) y la radioterapia (o ambas) en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa) y el tratamiento sistémico que engloba la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares (Arce et al, 2011). Con base en las necesidades que tenga cada paciente se le asignará a una o varias de estas opciones de tratamiento con el fin de reducir o eliminar en su totalidad las células cancerígenas.

Mastectomía Radical Modificada (MRM) como tratamiento para el cáncer de mama

La mastectomía radical modificada es un procedimiento que se realiza en México, además de otros países, e incluye la resección de la totalidad del tejido y de la piel mamaria, así como la disección de los niveles ganglionares I y II (Arce, 2011).

El objetivo de la MRM es lograr un mejor control oncológico, para esto, es importante tener en cuenta las características individuales del paciente, como: la edad, el género, las comorbilidades, la relación mama-tumor, los antecedentes de radioterapia, entre otros, además de los factores biológicos del tumor, por ejemplo: el componente intraductal extenso >25%, la multicentricidad o el tamaño tumoral; así como factores externos como la disponibilidad de equipos de radioterapia (Val Gil, 2001).

Con base en la literatura, podemos encontrar dos tipos de MRM, que son:

1. Mastectomía radical modificada de Patey: en la que se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo.
2. Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss: en la que se extirpa la glándula mamaria sin pectorales, con vaciamiento axilar a poder ser completo.

La incisión empleada es horizontal, con lo cual se mejora el resultado cosmético (ver *Fig. 5*).

De todas las mastectomías, la que más indicaciones y más se realiza en la actualidad, es la mastectomía radical modificada, en cualquiera de sus dos variantes, siendo sus indicaciones fundamentales las siguientes (Val Gil, 2001):

- I. Tumores de más de 3 cm.
- II. Tumores multifocales.
- III. Algunos sarcomas sin invasión de pectorales.
- IV. Tumores en estadios I y II.
- V. Tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal.
- VI. Cáncer de mama durante el embarazo.
- VII. Cáncer de mama en el varón.

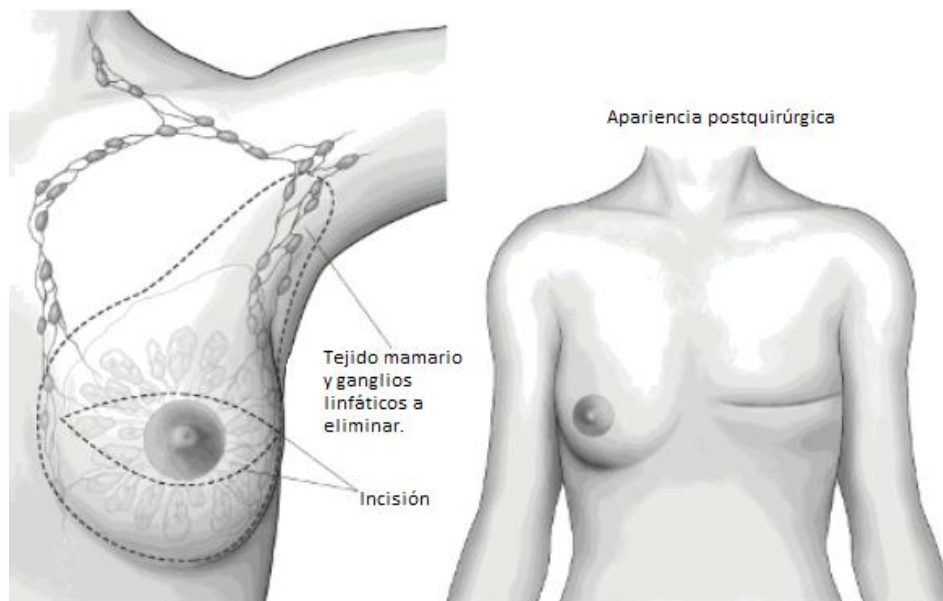


Fig. 5: Mastectomía Radical Modificada, adaptado de American Cancer Society, 2017.

Aspectos psicológicos.

En el contexto del cáncer de mama, la regulación de la emoción, especialmente la expresión emocional, se ha relacionado con la adaptación y el bienestar de los pacientes. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama son experiencias estresantes que pueden evocar una variedad de emociones negativas y experiencias afectivas más amplias como la ansiedad, la tristeza, la ira, la culpa y el miedo a la muerte y el sufrimiento (Adler & Page, 2008).

Con base en la bibliografía es sabido que las mujeres que padecen cáncer de mama experimentan una serie de emociones que pueden impactar de diversas maneras en las diferentes esferas de su vida, como: personal, laboral, de pareja, social, familiar, sexual, en este último caso, por ejemplo, tiene un efecto negativo afectando la libido y la fertilidad, componentes que, generalmente, resultan ser importantes en la feminidad. Además, los efectos combinados de la cirugía, la pérdida del cabello, libido disminuida y menopausia prematura, constituyen aspectos importantes que influyen en forma determinante en la percepción de sí misma sobre su sexualidad (Oktay, 1998).

Algunas de las principales inquietudes que se plantean las pacientes están las relacionadas directamente al cáncer, viéndolo como una amenaza contra la salud y contra la vida, pero, sobre todo, a la recurrencia de la enfermedad. Entre las preguntas comunes que llegan a plantearse las pacientes que padecen la enfermedad, están: “¿Qué es importante en mi vida?” y “¿Qué significado tiene mi vida?” (Shapiro, López, Shuaratz, Bremen, & Kurker, 2001). A esto se le suman los temores relacionados con “no sentirse capaz de disfrutar las relaciones interpersonales importantes” (Navas, Villegas, Hurtado & Zapata, 2007). Aquellas mujeres que tienen hijos pequeños, se preocupan, principalmente, por saber de qué manera comunicarles lo que les está pasando o si contarán con los recursos necesarios para “salir adelante” de la enfermedad a la par con el cumplimiento en la educación y cuidado de sus hijos (Navas et al., 2007).

El cáncer de mama es considerado como uno de los cánceres más frecuentes que afecta la condición psicológica de las mujeres (Karakoyun-Celik et al., 2010), lo cual ha resultado ser más evidente en pacientes que son sometidas a una MRM, ya que, aunque la cirugía haya extendido su vida, también podría ser una fuente de perturbación emocional debido a la imagen corporal deteriorada, haciendo que las mujeres sientan que "ya no estén completas" (Roberts et al., 2003). Por lo tanto, es en este momento en el cual la paciente se confronta con las limitaciones, la vulnerabilidad, la pérdida y modificación del aspecto del cuerpo, tanto en relación a determinadas partes como funciones, que afectarán la imagen corporal y en ocasiones a la identidad (Grau, Hernández et al., 2005; Holland, 2002).

La mastectomía es el tratamiento más utilizado para el cáncer de mama, responsable de una variedad de alteraciones experimentadas por las pacientes que lo enfrentan, ya que es un proceso quirúrgico agresivo y representa una experiencia emocionalmente difícil que necesita una

preparación adecuada y de alta calidad durante la fase preoperatoria (Barbosa, Fernández, Silva & Gurgel, 2002).

El sentimiento preoperatorio más común es la ansiedad, inicialmente porque ven la cirugía como una posibilidad de curación y esperan que, después de su realización, ya no tengan que preocuparse. Al mismo tiempo, existe el miedo a lo desconocido, a la anestesia y a la posibilidad de enfrentar un cuerpo que ya no será el mismo (Vieira, López & Shimo, 2007). La ansiedad es un sentimiento que casi todos los pacientes quirúrgicos experimentan, pudiendo influir en su respuesta al tratamiento y afectar negativamente a la recuperación postoperatoria (Alves, Pimentel, Guaratini, Marcolino, Gozzani & Mathias, 2007).

Las principales fuentes de ansiedad en pacientes que van a someterse a un procedimiento quirúrgico es el miedo a lo desconocido, como: lo que pueda suceder a lo largo del procedimiento quirúrgico, así como a la separación de sus familiares, a la pérdida de su independencia, a despertar a la mitad del procedimiento, a las complicaciones que puedan existir después o a recaer en la enfermedad, por mencionar algunos ejemplos (Alvez, Pimentel, Guaratini, -marcolino, Gozzani & Mathias, 2007).

Otros sentimientos que experimentan las pacientes antes de una mastectomía suelen ser tristeza, depresión, estado de shock y pánico por la extirpación del seno, ya que el significado atribuido a esta experiencia a menudo está relacionado con la muerte y la mutilación (Fernández & Araujo, 2005).

Todas estas alteraciones preoperatorias pueden influir en el aumento del malestar emocional que experimentan las mujeres que son mastectomizadas, entre estas se encuentran la depresión, la ansiedad, baja autoestima, incapacidad para readaptarse a la vida sexual, social y profesional, las alteraciones en la imagen corporal (Rodica, 2012).

Otras alteraciones como la pérdida de la propia atracción, confianza y energía tras ser sometida a una mastectomía afectan la salud psicológica, en términos de estado de ánimo y estabilidad emocional de las mujeres que padecen la enfermedad (Palesh et al., 2006; Peled, Carmil, Siboni Samocha, & Shoham-Vardi 2008; Von Ah & Kang, 2007; Wyatt, Beckrow, Gardiner, & Pathak 2008).

Diversos artículos nos han informado acerca del impacto que genera una MRM en las mujeres respecto a su imagen corporal, por ejemplo, García & Domínguez (2010) mencionan que una mastectomía es una mutilación que va más allá de consideraciones estéticas. La extracción de mamas también es una agresión física y la fuente del malestar psicológico, que se puede reflejar de diversas maneras. Las más comunes son la negativa de la paciente a mirarse en el espejo y evitar en general cualquier situación en la que se perciba directamente la pérdida de su(s) seno(s).

En otro estudio llevado a cabo por Alves, Sousa, Lavinias y Carvalho (2010) en el Hospital de Clínicas de Fortaleza, en Brasil, en donde participaron 11 pacientes con cáncer de mama que serían sometidas a MRM reportan que las pacientes pasan por un ambiente preoperatorio estresante, con desconocimiento al respecto de la cirugía, lo que les genera ansiedad y miedo de lo que está por venir, además de sentimientos de pánico y shock ante la extirpación de la mama. Por lo cual resulta importante atender las necesidades emocionales de las pacientes en la fase previa a la operación y brindarle la información necesaria.

Hay otro aspecto importante a considerar y es que además de la mastectomía, que es un tratamiento radical para el padecimiento, es posible que las pacientes también necesiten ser sometidas a otros, como lo son: la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia, terapias blanco, por mencionar algunos. Lo cual implica que el impacto emocional y psicológico que

experimentan no se enfoca exclusivamente en el conocimiento de tener la enfermedad, sino que, además, deben enfrentar tratamientos agresivos de manera constante (Fernández & Araujo, 2005).

Dado lo anterior, el conocer las preocupaciones, sentimientos y reacciones de las pacientes en la fase preoperatoria de la mastectomía es sumamente relevante (Fernández & Mamede, 2003), para comprender lo que los pacientes deben saber, durante el proceso de tratamiento para garantizar la prestación de atención de calidad para las pacientes con cáncer de mama (Rees & Bath, 2000).

Además, la información es vital para que las pacientes puedan hacer frente a los nuevos cambios que pueden llegar a impactar en su calidad de vida asociada con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer (Arora et al., 2002)

Con base en lo anterior, se vuelve necesario, como profesionales de la salud mental, llevar a cabo el diagnóstico de las necesidades de las pacientes con cáncer de mama de una manera personalizada con el fin de fortalecer las capacidades individuales para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo (Guerra et al., 2015). De este modo la persona, estará en mejores condiciones para comprender su estado de salud y responder efectivamente a los desafíos que impone su condición desde sus recursos personales (Montiel & Guerra, 2016). De no incluirse, puede tener un impacto negativo para la calidad de vida en todas sus dimensiones, en el aumento del estrés y la consecuente afectación al bienestar emocional, lo que sin duda incidirá en la vulnerabilidad ante la enfermedad (Montiel & Guerra, 2016).

Este hecho señala la necesidad de desarrollar programas psicoeducativos de alta calidad, en los cuales, los profesionales de la salud adopten estrategias de atención basadas en el conocimiento científico técnico, y en el conocimiento de las expectativas y percepciones de las pacientes con

respecto a la cirugía, para atender mejor sus necesidades y así, desarrollar tratamientos con un enfoque individualizado, que tengan como objetivo reducir el miedo a lo desconocido, a la muerte, a la anestesia, y de esta manera reducir al mínimo las posibles complicaciones y a mejorar la recuperación de las pacientes (Alves et al., 2007)

Psicoeducación

En el marco de la salud mental, el término Psicoeducación fue popularizado por los psicólogos clínicos Carol M. Anderson y Douglas J. Reiss y por el trabajador social Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburgh (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Desde la última década, existe un particular interés en cómo preparar a las sobrevivientes para continuar desempeñando sus funciones en la sociedad y disfrutar de una adecuada calidad de vida (Cantero, Mederos & Romero, 2012).

Los programas psicoeducativos dirigidos a sobrevivientes de cáncer de mama, son relativamente recientes, el año 2005 marca su inicio. Han demostrado ser efectivos para mejorar la calidad de vida, disminuir los síntomas de ansiedad, depresión e incidir en el afrontamiento activo a la enfermedad (Aree, Sawasdisinha & Wonghongkul, 2008; Demoncada, Feuerstein & Osborn, 2006). (La psicoeducación debe partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y el tratamiento de su enfermedad en la medida en que se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima (Colom, 2011). Además, facilita la adaptación a la enfermedad al brindar información acerca de su causa, curso y tratamiento; así como estrategias para hacerle frente y encontrar significado menos negativo a la experiencia. De la misma manera, ayuda a aumentar la autoestima, educando en cómo hacer

frente a las alteraciones de la imagen corporal que de manera temporal o permanente pueden causar la enfermedad. También indirectamente ofrece optimismo ante el futuro y favorece la esperanza (Hegelson *et al.*, 2000).

Algunos de los pasos a seguir que constituyen las premisas básicas para la integración de la psicoeducación son:

- Informar al paciente sobre su condición médica.
- Facilitar la comprensión y el manejo de la enfermedad.
- Ofrecer apoyo con la intención de lograr el cambio conductual.
- Responsabilizar al paciente en el proceso de cambio.
- Estimular la autorregulación desde el vínculo entre el afecto y la cognición.
- Potenciar los recursos de resiliencia.
- Promover estilos de vida saludables.
- Considerar las vivencias de las pacientes, así como su afectividad, estimular su autoestima, bienestar emocional y desarrollo.
- Estimular el afrontamiento activo a la enfermedad (Montiel & Guerra, 2016).

Algunos estudios han demostrado que poseer información previa a la cirugía acerca de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico (como la mastectomía, en sus diferentes modalidades) ayuda a las pacientes a lidiar mejor con la carga emocional que pueden llegar a experimentar, así como a un mejor autocuidado una vez que se realizó la cirugía. Por ejemplo, en un estudio descriptivo realizado en un hospital en Quebec, Canadá por Ibrahim *et al.* (2018) participaron 94 mujeres (media de edad 60 años) con diagnóstico de cáncer de mama que serían sometidas a cirugía (conservadora, mastectomía simple o mastectomía radical modificada). Se les dio una sesión informativa (60 minutos) en la fase preoperatoria (días o

semanas antes de la cirugía), en donde se les explicaba en qué consistía la cirugía, el uso del drenaje, el cuidado de la herida, cómo integrarse de nuevo a sus actividades cotidianas, los ejercicios que debían realizar para su recuperación, así como un número de contacto de la enfermera quien les brindaba la información. Encontraron que la información dada en la fase preoperatoria redujo la autopercepción de ansiedad de las pacientes e incrementó su conocimiento subjetivo. Concluyeron que al haber un grupo de profesionales de la salud (enfermeras o fisioterapeutas) que brindara información a las pacientes en esta condición les ayudaba a saber qué esperar de la cirugía y, a la vez, a reducir su ansiedad y a aumentar el nivel de conocimiento relacionado con el procedimiento.

Un ejemplo más fue un estudio experimental pretest - postest realizado por Belleau, Hagan y Masse (2011) en Quebec, Canadá. Su objetivo fue saber si una intervención educativa en cáncer de mama tendría una reducción en el nivel de ansiedad en aquellas mujeres dentro del grupo “intervención psicoconductual individual” y aquellas que recibieron la información de rutina del hospital. Con el grupo experimental se utilizó material de apoyo como imágenes, información impresa y videos, además, podían estar acompañadas por un familiar o allegado, mientras el grupo control no contó con material de apoyo adicional. En ambos grupos, la información fue estandarizada relacionada con las fases pre, peri y post operatoria.

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre los grupos antes de la intervención educativa y ambos grupos mostraron una reducción significativa de la ansiedad después de haber recibido la información; sin embargo, en el grupo experimental se observó que esta reducción se mantuvo hasta un día antes de la cirugía, pareció que fue mejor el estar acompañada en la efectividad de la intervención. Se llegó a la conclusión que con sólo dar la

información era suficiente para ayudar a las pacientes a reducir sus niveles de ansiedad relacionados con el procedimiento quirúrgico al que serían sometidas.

Por otra parte, otro de los principales objetivos de estas intervenciones psicoeducativas ha sido el aumentar el conocimiento con respecto al proceso que se va a llevar a cabo tanto antes como después de la cirugía, esto con la finalidad de que la paciente además de disminuir su sintomatología previa a la cirugía, esté mejor preparada para afrontar el cambio y pueda tomar mejores decisiones. Es por eso que el que la paciente haya entendido la información es parte integral del tratamiento psicoeducativo,

Siguiendo esta línea encontramos el estudio realizado por Wysocki, Mitus, Komorowski y Karolewski (2016) en Krakow, Polonia, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la información dada en la fase preoperatoria sobre la ansiedad perioperatoria y el conocimiento subjetivo de las pacientes. Participaron 58 mujeres mayores de 18 años que serían sometidas a mastectomía (simple, radical o radical modificada). Se hicieron dos grupos de 29 pacientes cada uno (ensayo controlado aleatorizado). El grupo control sólo recibía la información de rutina un día antes de la cirugía, mientras que el grupo experimental, además de la información de rutina, se les mostró un video corto (12 minutos) un día antes de la cirugía, en donde la información relacionada con la enfermedad y con el procedimiento era dada por una superviviente de cáncer de mama con el objetivo de darles más confianza. Si bien no se encontró que el video tuviera un impacto significativo entre los grupos para reducir la ansiedad de las pacientes en la fase perioperatoria, sí se observó un cambio significativo en el grupo experimental relacionado con el conocimiento sobre los tratamientos a los que podían acceder para continuar con la recuperación de su salud. Sowden *et al.* (2000), en Reino Unido, hizo una revisión de la literatura cuyo objetivo versó en enfatizar la necesidad de una buena comunicación entre los profesionales de la salud y los

pacientes, tanto para brindar atención de alta calidad, como para permitir que las personas participen en las decisiones de su propio autocuidado. Por medio de encuestas hechas a profesionales en oncología, se encontró que, de 476 participantes, el 83% consideró no haber recibido suficiente entrenamiento en habilidades de comunicación; asimismo, mostró que, de 2000 personas quienes se encontraban en tratamiento para el cáncer, el 87% esperaban la mayor cantidad de información posible (sin importar si era positiva o negativa) y preferían que la fuente de dicha información fuera brindada por sus proveedores de salud médica. Esta información la requerían para diversos propósitos, como: comprender los síntomas y/o enfermedades que se presentan, conocer los servicios disponibles y participar en las decisiones sobre las opciones de su tratamiento.

Por su parte, el estudio cualitativo llevado a cabo por Siqueira, Barbosa y Boemer en 2007, en donde comparten las experiencias de algunas pacientes con cáncer de mama que están por enfrentar una MRM, mencionan que al preguntarles sobre el tipo de cirugía que se iban a realizar y cómo se realizaría, la mayoría de las pacientes solo saben que se les extirpará el seno, pero no conocen siquiera el nombre de la cirugía o el del procedimiento al que se someterían, ni cómo se realizará. Lo cual trae implicaciones negativas, pues al no saber los detalles del tratamiento, es menos probable que sepan cómo enfrentarlo, aunado a ello, mencionan que el cáncer era percibido como algo vergonzoso, contagioso y sin cura, siendo una enfermedad dada por la sociedad, ya que, la mayoría de las veces, a partir del diagnóstico, las personas comenzaban a ser tratadas de forma diferente.

Finalmente, el estudio realizado en un hospital en Irán (Latifi, Tehrani, Karami, Barahmand & Farsani, 2019) nos muestra cuáles eran los recursos de información más útiles para las mujeres con cáncer de mama que serían sometidas a mastectomía. Participaron 17 mujeres entre 37 y 65

años de edad. Se les dio información a través de tres principales fuentes: médica (el equipo hospitalario les daba información relacionada con el procedimiento, así como los cambios fisiológicos que experimentarían), interpersonal (con ayuda de familiares o allegados) y a través de medios de comunicación diversos (material impreso, videos, imágenes, etc.). Las pacientes reportaron que les pareció más útil tener la información impresa, ya que si la olvidaban podían regresar a ella, asimismo, se encontró que una de las principales fuentes de apoyo para las pacientes eran sus esposos, por lo que se sugirió entrenarlos con la información pertinente para que pudieran compartirla con ellas. Cabe mencionar que, dentro del equipo hospitalario, no se contaba con ningún psicólogo.

Como se puede observar las intervenciones realizadas antes de la cirugía tienen dos objetivos fundamentales, el primero dirigido a reducir la ansiedad y el temor con respecto al diagnóstico y el tratamiento, y el segundo a aumentar el conocimiento de las pacientes con respecto a las causas del cáncer de mama, los aspectos relacionados con la prevención, el tratamiento y sus implicaciones para la vida de las pacientes salud (Duarte & Andrade, 2003), esto con la finalidad de que las pacientes sean partícipes en su proceso de tratamiento y les permita convertirse en sujetos bajo su propia atención (Alves, Sousa, Lavinhas & Carvalho, 2010), fomentando así una mejor percepción de la enfermedad y un mayor compromiso de la paciente con respecto a las decisiones que deberán tomar antes, durante y después del procedimiento quirúrgico y de los tratamientos posteriores (Belkora, Voltz & Teng, 2012; Wysocki et al., 2012).

Sin embargo, a pesar de que existe un alto porcentaje de la población a nivel mundial que padece la enfermedad y que es bien conocido que, el conocimiento real sobre la enfermedad y el tratamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud es muy bajo (*Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*, 2008; Hack, Degner & Parker, 2005; Sowden

et al., 2001). Aunado a esto, es poca la investigación que ha puesto interés hacia los factores relacionados con el paciente previos a la cirugía, y mucho menor es la investigación relacionada con conocer y aumentar el nivel de información que las pacientes tienen sobre la enfermedad y el tratamiento, entre otros (Wysocki et al., 2012).

No obstante, en el contexto mexicano la investigación al respecto de estas áreas es nula y poco se sabe sobre los aspectos emocionales e informativos previos al tratamiento quirúrgico, lo cual dificulta el desarrollo de intervenciones para mejorar la calidad de la información dada a las pacientes con cáncer de mama.

Además, de que las condiciones en las que se presenta la enfermedad en las pacientes mexicanas es diferente a las descritas en los estudios anteriores, principalmente por el tipo de cirugía que se realiza. En México, la MRM suele ser la cirugía que se practica con mayor cotidianidad, mientras que, en los estudios previos, las cirugías conservadoras y mastectomía simple ocupan un gran porcentaje.

También se puede observar que las intervenciones psicoeducativas fueron impartidas por diferentes profesionales de salud, lo cual favorece el trabajo multidisciplinario y el intercambio de información. Empero dado el alto porcentaje de pacientes atendidos en los hospitales públicos de México, este trabajo multidisciplinario es difícil de realizar y por lo tanto no se incluye como parte de la rutina médica. Por lo cual sería conveniente, comenzar con la participación del psicólogo en este aspecto.

Dado lo anterior, es importante que las intervenciones previas al tratamiento quirúrgico deben ser parte de la atención cotidiana y específicas (no basta mencionar el nombre de la cirugía, sino explicar cada paso, es decir, qué, por qué, cuándo, por quién, cómo y cuáles pueden ser las consecuencias), tomando en cuenta las características demográficas y personales de las pacientes

con el fin de fortalecer las capacidades individuales para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo (Guerra et al., 2015). De este modo la persona bien informada, estará en mejores condiciones para comprender mejor su estado de salud y responder efectivamente a los desafíos de la enfermedad con sus recursos personales (Griffin, Kinmonth & Veltman, 2004; Montiel & Guerra, 2016; Oliveira, Fernández, Melo & Barbosa, 2005). Otra ventaja más es que al tener pacientes más informados mejora la satisfacción con el servicio brindado en los servicios públicos (Griffin et al., 2004).

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue explorar el efecto de una intervención psicoeducativa sobre la información relacionada con la enfermedad y el tratamiento de pacientes con cáncer de mama que serán sometidas a mastectomía radical modificada.

Justificación

Objetivo específico

Describir el efecto de la información brindada sobre el estado emocional de la paciente, previo a ser sometida a la cirugía.

Preguntas de investigación:

1. ¿Una intervención psicoeducativa tendrá efecto sobre la información relacionada con la enfermedad y el tratamiento de pacientes con cáncer de mama que serán sometidas a mastectomía radical modificada
2. ¿Poseer información médica sobre el cáncer de mama, así como del procedimiento de mastectomía radical modificada tiene un efecto en las pacientes con ésta enfermedad en su estado emocional?

Método

Participantes

Participaron en el estudio 44 mujeres mayores de 18 años que serían sometidas a la cirugía de mastectomía radical modificada (MRM) 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 propositiva, en un período de tres meses: octubre a diciembre de 2018, con base en los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de cáncer de mama
- Candidatas a tratamiento quirúrgico de mastectomía radical modificada
- Con o sin tratamiento neoadyuvante
- Etapa clínica I, II o III

Criterios de exclusión:

- Candidata a mastectomía radical de limpieza
- Candidata a cirugía conservadora de la mama
- Pacientes con algún deterioro cognitivo que le impidiera su participación en el estudio

Criterios de eliminación:

- Decisión de la paciente a abandonar el estudio
- No concluir la aplicación de los cuestionarios

El promedio de edad de las participantes fue de 55 años. El 57% de ellas se encontraba en alguna relación de pareja, ya sea casadas o en unión libre. La mayoría de ellas (91%) tenían hijos y se dedicaban principalmente a labores del hogar (61%) o trabajaban fuera de casa (32%). Por otra parte, se observó que sólo nueve de las 44 participantes contaban con estudios concluidos superiores a la educación básica y dos de ellas no contaban con ningún nivel de estudios. Además, el 84% de las participantes vivía con su familia, mientras que siete de ellas lo hacían solas (ver Tabla 4).

Con base en los datos clínicos, los cuales se especifican en la tabla 5, se observó que el 92% de las pacientes tenía un tipo de cáncer invasivo, esto es, IIA o mayor. El 54% de estas pacientes estaba en tratamiento neoadyuvante (previo a su cirugía), siendo el más común la quimioterapia ($n = 20$). Más de la mitad de las participantes (57%) no tenía ninguna enfermedad agregada al momento del diagnóstico, mientras que el resto tenía, al menos, una enfermedad, entre las que destacaban hipertensión y diabetes.

Sólo un 23% de las participantes recibirían tratamiento adyuvante, siendo la radioterapia el más popular.

Tabla 4: Datos sociodemográficos.

Variables		
Edad		
Media	55	
Edad DE	10.6	
Max	85	
Min	34	
Estado civil		
	N	%
Soltera	9	20.45
Casada	24	54.55
Unión libre	1	2.27
Divorciada	7	15.91
Viuda	3	6.82
Ocupación		
Empleada	14	31.82
Hogar	27	61.36
Otras	3	6.82
Escolaridad		
Sin escolaridad	2	4.55
Primaria	8	18.18
Primaria trunca	5	11.36
Secundaria	7	15.91
Secundaria trunca	3	6.82
Preparatoria	4	9.09
Preparatoria trunca	1	2.27
Carrera técnica	5	11.36
Licenciatura	5	11.36
Licenciatura trunca	4	9.09
No. de hijos		
Sin hijos	4	9.09
1	9	20.45
2	10	22.73
3	10	22.73
4	9	20.45
5	2	4.55
Vive con		
	N	%
Familia	37	84.09
Sola	7	15.91

Nota: n = 44

% = 100.00

Tabla 5: Datos clínicos

Variables	n	%
Diagnóstico	3	6.82
EC I A		
EC II A	18	40.91
EC II B	5	11.36
EC III A	11	25.00
EC III B	6	13.64
EC IV	1	2.27
Tratamiento Neoadyuvante		
Con/ Sin Tratamiento	N	%
Con Tratamiento	24	54.55
Hormonoterapia	2	8.33
Quimioterapia	20	83.33
Quimio y hormonoterapia	2	8.33
Sin tratamiento	20	45.45
Tiempo de Dx		
1 mes o menos	8	18.18
2 a 6 meses	12	27.27
7 a 12 meses	13	29.55
Más de 12 meses	10	22.73
Sin datos	1	2.27
Tx Ady		
Con/ Sin Tx Ady	N	%
Con Tratamiento	10	22.73
Radioterapia	9	90
Quimio y radio	1	10
Sin Tx	34	77.27
Comorbilidad		
Diabetes	4	9.09
Hipertensión	8	18.18
Hipertensión e hipertiroidismo	1	2.27
Hipertensión y diabetes	1	2.27
Hipertensión y Gastritis	1	2.27
Hipertensión y tiroides	2	4.55
Hipotiroidismo	2	4.55
Ninguna	25	56.82

Notas: n= 44 ; % = 100.00

Escenario

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

El protocolo se desarrolló en el tercer piso del hospital dentro del área de hospitalización en donde se encontraban internadas las pacientes, o en el área de espera mientras eran asignadas a una cama.

Diseño

Estudio exploratorio con mediciones pre-intervención (pre-test) y post-intervención (post-test), sin seguimiento.

Instrumentos

- Entrevista semi-estructurada (Anexo 1): para pacientes con cáncer de mama: Se trata de un cuestionario realizado para la presente intervención que permite conocer los datos demográficos, antecedentes personales, familiares y características personales de la paciente, así como la fecha de diagnóstico de su enfermedad, si tuvo o no algún tratamiento neoadyuvante, si tendrá algún tratamiento adyuvante, si optó por tomar algún tratamiento alternativo, si presenta enfermedades crónicas y si cuenta o no con alguna red de apoyo.

Materiales

- Consentimiento Informado (Anexo 2): Consentimiento elaborado con base en los lineamientos del Comité Local de Investigación y Ética en la Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este consentimiento informado forma parte de un proyecto mayor para el trabajo con pacientes que padecen cáncer de mama, por lo cual el número de registro se encuentra en proceso.

- Cuestionario para la evaluación de la Psicoeducación a pacientes con cáncer de mama (Anexo 3): Es un cuestionario realizado *ex profeso* para fines de la investigación. Su objetivo es saber el conocimiento médico que poseían las pacientes acerca de su enfermedad, así como del procedimiento de mastectomía radical modificada.

Está compuesto por tres secciones: 1) Cuestionario Pre-Psicoeducación, 2) Cuestionario Post-Psicoeducación y 3) Cuadro para la evaluación de la Psicoeducación a pacientes con cáncer de mama.

Las secciones 1 y 2 constan de seis preguntas abiertas. La pregunta “cero” se relaciona con las principales emociones que presenta la paciente en el momento exacto en el que se realiza la pregunta, no es evaluada con base en criterios de calificación, ya que se relaciona con las emociones subjetivas de las pacientes; mientras que las siguientes cinco preguntas se enfocan en el conocimiento médico que poseen las pacientes sobre su enfermedad, así como del tratamiento quirúrgico de MRM.

Para su realización, se consultó a, aproximadamente, cinco profesionales de la salud, tanto médicos como psicólogos, especializados en el tema con el fin de obtener la información que fuera más relevante y útil para las pacientes, ya que, por la gran demanda de usuarios que tiene el hospital, es difícil para los médicos y enfermeras mantener una comunicación continua con las pacientes y lograr proporcionarles toda la información que necesitan conocer previamente al procedimiento quirúrgico.

La ventaja del Cuestionario Pre-Psicoeducación es que, al tener preguntas abiertas, permite que la paciente exprese libremente el conocimiento que posee sobre su enfermedad sin que el terapeuta de posibles respuestas tendenciosas que afecten la información empírica de la paciente, además, deja que compartan los pensamientos y/o creencias del surgimiento y desarrollo del cáncer de mama. Lo anterior ayuda a obtener una mejor evaluación en el Cuestionario Post-Psicoeducación, ya que se puede comparar si existió o no un cambio en las respuestas de las participantes.

- Diálogo de Psicoeducación para pacientes con cáncer de mama (Anexo 4): Discurso elaborado exclusivamente para fines de ésta investigación con base en manuales y guías médicas sobre cáncer de mama (Arce et al., 2011; Golant, Greenberg, Holland, et al., 2010; Golant, Greenberg, Holland, et al., 2015; Marchand & Stewart, 2012; ; Schlag & Senn, 2014; Watson & Kissane, 2011;), en donde se explica en un lenguaje no técnico a la paciente qué es el cáncer en general, qué es el cáncer de mama, los factores de riesgo relacionados con la enfermedad, los tratamientos a los que puede acceder para recuperar su salud (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y tratamiento quirúrgico) y cómo es el procedimiento de mastectomía radical modificada.
- Láminas ilustrativas impresas y en formato electrónico para la explicación de la información de la Psicoeducación (Anexo 5).

Procedimiento

El equipo del servicio de psicología del hospital, el cual estuvo conformado por dos psicólogas pasantes y un psicólogo en prácticas profesionales, fue el encargado de realizar la búsqueda de las participantes. Las pacientes fueron contactadas por medio de la agenda de programación de cirugía del servicio hospitalario. Se buscaba en la agenda a las pacientes que fueran a ser

intervenidas de mastectomía radical modificada próximamente y se captaban el día de su internamiento (generalmente uno o dos días antes de llevar a cabo su cirugía). Una vez que las pacientes eran asignadas a una cama o mientras se encontraban esperando su número de cama, eran invitadas a participar en el estudio. En caso aceptar, se les explicaba en qué consistía la intervención (una sesión de psicoeducación de entre una a dos horas, en la que se les explicaría con mayor detalle las especificaciones de su enfermedad, así como de los procedimientos y tratamientos a los que serían sometidas), al igual que los posibles beneficios que podrían obtener y se les entregaba una carta de consentimiento informado en la que se detallaba toda la información. Una vez que aceptaban participar en el estudio y firmaban la carta, comenzaba la intervención.

Dicha intervención constó únicamente de una sesión con una duración aproximada de 90 a 120 minutos (el cronograma de actividades se presenta en la tabla 6). Primero, se le pidió a las pacientes que respondieran la sección PRE-Psicoeducación del cuestionario, con el fin de conocer la información que tenían disponible antes de llevar a cabo el diálogo psicoeducativo, posteriormente, se realizó la explicación en donde se les decía a las pacientes qué era el cáncer, cómo se desarrollaba en la mama, los factores de riesgo relacionados a la enfermedad, los tratamientos a los que puede acceder para recuperar su salud, en qué consiste el procedimiento de mastectomía radical modificada, cómo cuidar su herida, el uso adecuado del drenaje, cómo se sentirá después de la anestesia y algunos aspectos psicológicos que puede experimentar al tener la enfermedad (ver *Tabla 7*). Al terminar la explicación, se usó la sección POST-Psicoeducación, en donde se le hicieron a la paciente exactamente las mismas preguntas del primer cuestionario con el fin de lograr que se apropiara de la información y resolver las dudas que aún tuviera.

Tabla 6.

Cronograma de actividades para psicoeducación en mujeres con cáncer de mama sometidas a MRM.

Etapa	Lugar y momento	Actividades/estrategias	Duración
1	Jefatura de oncología quirúrgica Consulta de agenda programación quirúrgica	Selección de los participantes Obtención de su fecha de cirugía	30-45 minutos
2	Área de hospitalización o área de espera (uno o dos días antes de la cirugía de las participantes).	Invitación a participar en el estudio Explicación sobre el objetivo del estudio	10-15 minutos
3	Área de hospitalización	Entrega de carta de consentimiento informado (en caso de aceptar, se continuaba con el protocolo)	5-10 minutos
4	Área de hospitalización	Entrevista inicial Obtención de datos sociodemográficos y clínicos	15-20 minutos
5	Área de hospitalización	Aplicación de cuestionario Psicoeducación PRE	10-15 minutos
6	Área de hospitalización	Psicoeducación	40-45 minutos
7	Área de hospitalización	Aplicación de cuestionario Psicoeducación POST	10-15 minutos

Nota: Se realizaron todas las actividades en una sola sesión con cada una de las participantes a partir de la etapa 2.

Tabla 7:
Contenido temático de la información psicoeducativo.

Número	Tema	Contenido
1	Cáncer	Homologación de conceptos Cómo se desarrolla
2	Cáncer de mama	Homologación de conceptos Cómo se desarrolla Estructuras internas afectadas (importancia de la resección)
3	Factores de riesgo	Homologación de conceptos Principales factores de riesgo relacionados con la enfermedad
4	Tratamientos	Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia Mastectomía Radical Modificada
5	Mastectomía Radical Modificada	Cómo se realiza el procedimiento Duración aproximada Cuidado de la herida Drenaje
6	Anestesia	Local General Efectos secundarios
7	Aspectos psicológicos	Validación de emociones Respiración diafragmática

Nota: La información completa del contenido psicoeducativo se detalla en el Anexo 4.

Análisis estadístico

Dado que el presente trabajo se trata de un estudio exploratorio, se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias con el programa Excel 2016 para Windows 10, para caracterizar los datos sociodemográficos que se pueden ver en la tabla 4, así como los datos clínicos que se reportan en la tabla 5.

Después de esto se empleó un análisis descriptivo para determinar el puntaje total obtenido por cada participante en los cuestionarios pre y post de psicoeducación.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo por cada pregunta contenida en el cuestionario de psicoeducación y posteriormente se realizó la descripción de las respuestas.

Resultados

Análisis descriptivo

El 34% de las participantes contaba con estudios de primaria y secundaria concluidos y sólo el 11.36% habían completado estudios de licenciatura; el 61.36% ($n = 27$) se dedicaba a las labores del hogar, mientras que el 31.86% eran empleadas. En cuanto a la etapa clínica de la enfermedad, casi el 42% ($n = 18$) se encontraba en la etapa EC II A, que es una etapa invasiva del cáncer de mama, en la que ha alcanzado ya algunos ganglios linfáticos.

A continuación, se presenta las gráficas obtenidas en el análisis de los cuestionarios de Psicoeducación PRE y POST en donde se detalla la información acerca del conocimiento médico con el que contaban las pacientes antes y después de la intervención psicoeducativa.

En la figura 6 y tabla 8, podemos observar el número de respuestas obtenidas por las 44 participantes antes (pre) y después (post) de la intervención psicoeducativa. El mayor número de respuestas correctas que fue posible obtener era de cinco, mientras que el mínimo fue de cero. De manera general, se puede observar un incremento en el puntaje del 76% en las respuestas dadas por las pacientes una vez que se llevó a cabo la intervención (post) en comparación con el puntaje que obtuvieron al inicio (pre). En promedio, antes de la intervención, las pacientes podían responder correctamente a una o a dos de las preguntas, mientras que después, el promedio se elevó a cuatro o a cinco respuestas correctas.

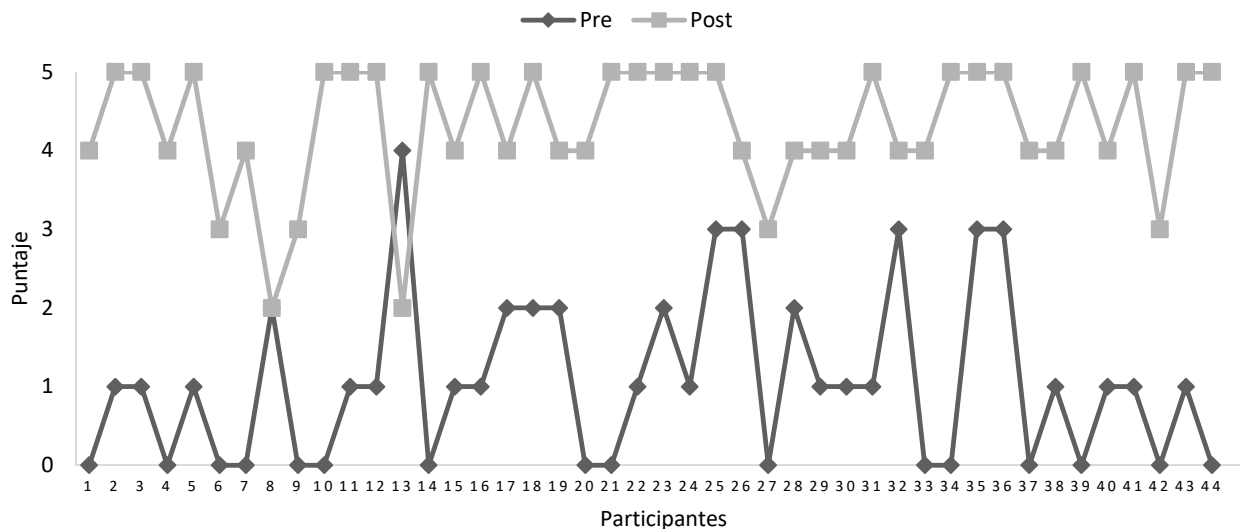


Figura 6: Se muestra el puntaje total obtenido por las participantes antes (pre) y después (post) de la información psicoeducativa en los cuestionarios para la psicoeducación.

Nota: El puntaje máximo que podía obtener cada paciente en los cuestionarios pre y post psicoeducación era de cinco puntos en cada uno mientras que el mínimo era de cero.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de respuesta global en las preguntas de los cuestionarios pre y post intervención.

Frecuencia promedio del puntaje en respuestas*	Pre 1	Post 4
Promedio de porcentaje en respuestas	Pre 24%	Post 76%

Nota:* El puntaje máximo posible a obtener era de cinco puntos y el mínimo de cero puntos.

Análisis descriptivos por pregunta

En la figura 7 se muestra la frecuencia en las respuestas de las pacientes antes y después con respecto a la pregunta uno *¿qué es el cáncer?*, en donde podemos observar que un número muy alto ($n = 36$) de las participantes no contaba con información precisa sobre el cáncer en general, siendo algunas de las respuestas más comunes: “no lo sé”, “es una enfermedad que nos da por

guardar rencor/ser muy enojona”, “es una enfermedad que me va a matar”, “es una enfermedad incurable”, por mencionar algunos ejemplos.

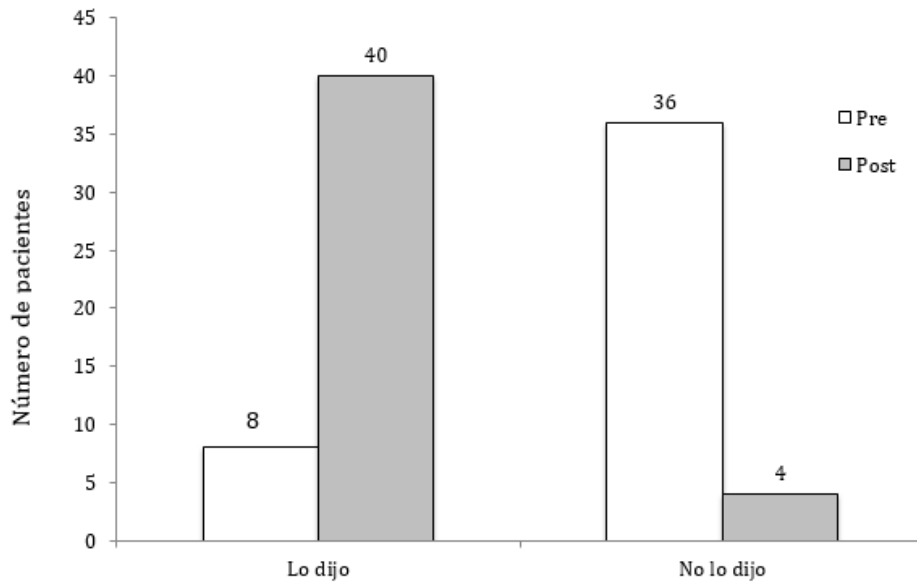


Figura 7: *Pregunta 1. ¿qué es el cáncer? Diferencias entre la frecuencia de respuestas antes y después de la intervención psicoeducativa.*

La tabla 9 muestra las frecuencias y los porcentajes en la misma pregunta con ambas mediciones, en donde podemos ver que el porcentaje de respuesta después de la psicoeducación se elevó de un 18% a casi un 91%.

Tabla 9: *Frecuencia y porcentajes en las respuestas de la pregunta 1 (¿qué es el cáncer?) antes y después de la psicoeducación.*

Pregunta 1 ¿qué es el cáncer?	Frecuencia PRE	% PRE	Frecuencia POST	% POST
Lo dijo	8	18.18%	40	90.91%
No lo dijo	36	81.82%	4	9.09%
Total (n)	44	100.00%	44	100.00%

Asimismo, en la figura 8 así como en la tabla 10, se presentan los resultados obtenidos en la pregunta dos “¿qué es el cáncer de mama?” y se observa un incremento en la frecuencia y en el porcentaje de respuesta en las pacientes ante la pregunta (de 4.55% a un 63.64%). Nuevamente, la respuesta más común por parte de las participantes al responder por primera vez a esta pregunta fue: “no sé qué es el cáncer de mama”, “es algo que ataca a las mujeres”, “son células que explotan”, “es algo malo”, entre otras.

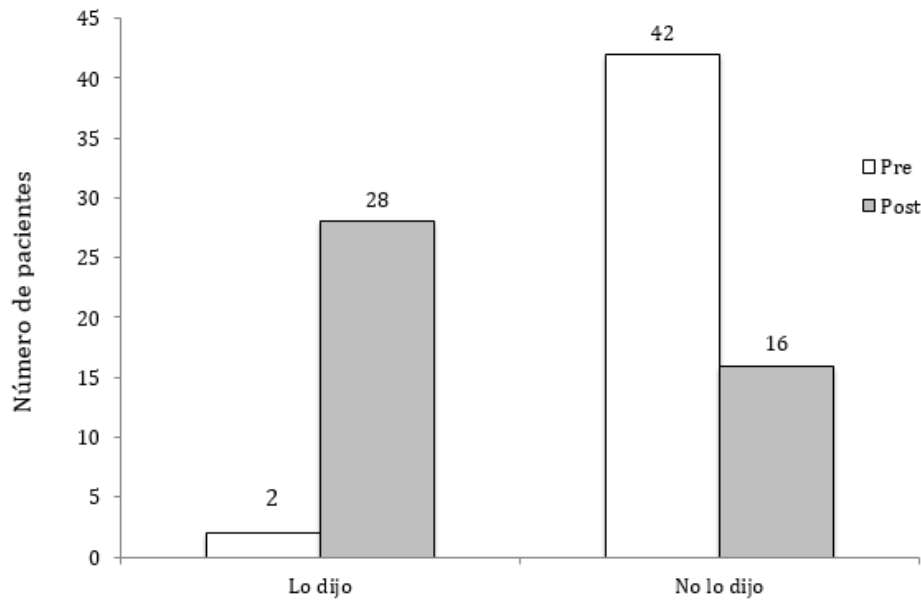


Figura 8: Pregunta 2. ¿qué es el cáncer de mama? Diferencias entre la frecuencia de respuestas antes y después de la intervención psicoeducativa.

Tabla 10

Frecuencia y porcentajes en las respuestas de la pregunta 2 (¿qué es el cáncer de mama?) antes y después de la psicoeducación.

Pregunta 2	Frecuencia PRE	% PRE	Frecuencia POST	% POST
¿qué es el cáncer de mama?				
Lo dijo	2	4.55%	28	63.64%
No lo dijo	42	95.45%	16	36.36%
Total (n)	44	100.00%	44	100.00%

En la Figura 9 y Tabla 11, observamos, de la misma manera un mayor porcentaje en las respuestas de las pacientes en la pregunta tres *¿cuáles son algunos de los factores de riesgo?*”. Algunas de las ideas que fueron compartidas por las participantes previas a la psicoeducación estaban relacionadas con *“tener guardadas emociones negativas”*, tales como tristeza, enojo, rencor, angustia, entre otras, mismas que eran percibidas como factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, y, de la misma manera que las preguntas anteriores, la mayoría no sabía con qué podría estar relacionado el cáncer de mama.

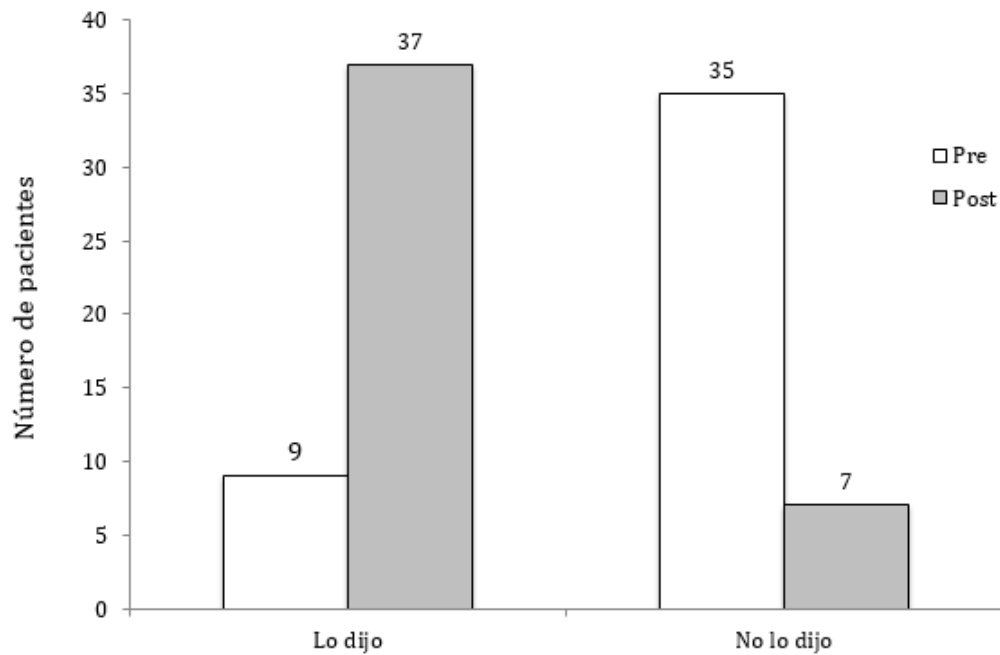


Figura 9: Pregunta 3. *¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo?* Diferencias entre la frecuencia de respuestas antes y después de la intervención psicoeducativa.

Tabla 11:

Frecuencia y porcentajes en las respuestas de la pregunta 3 (¿cuáles son algunos de los factores de riesgo?) antes y después de la psicoeducación.

Pregunta 3 ¿cuáles son algunos de los factores de riesgo?	Frecuencia PRE	% PRE	Frecuencia POST	% POST
Lo dijo	9	20.45%	37	84.09%
No lo dijo	35	79.55%	7	15.91%
Total (n)	44	100.00%	44	100.00%

En comparación con las preguntas anteriores, las pacientes poseían información un poco más detallada acerca de la pregunta cuatro *¿cuáles son los tratamientos a los que podemos acceder?* (ver Figura 10 y Tabla 12). Se encontró que 18 de 44 participantes (casi el 41%) pudieron responder correctamente a la pregunta antes de recibir la información completa, sin embargo, aunque conocían el nombre de los tratamientos, no sabían en qué consistían. Una vez que concluyó la psicoeducación, incrementó el porcentaje en la respuesta a un 93%, además de esclarecer las dudas de las pacientes acerca de la manera en la que se llevaban a cabo los tratamientos.

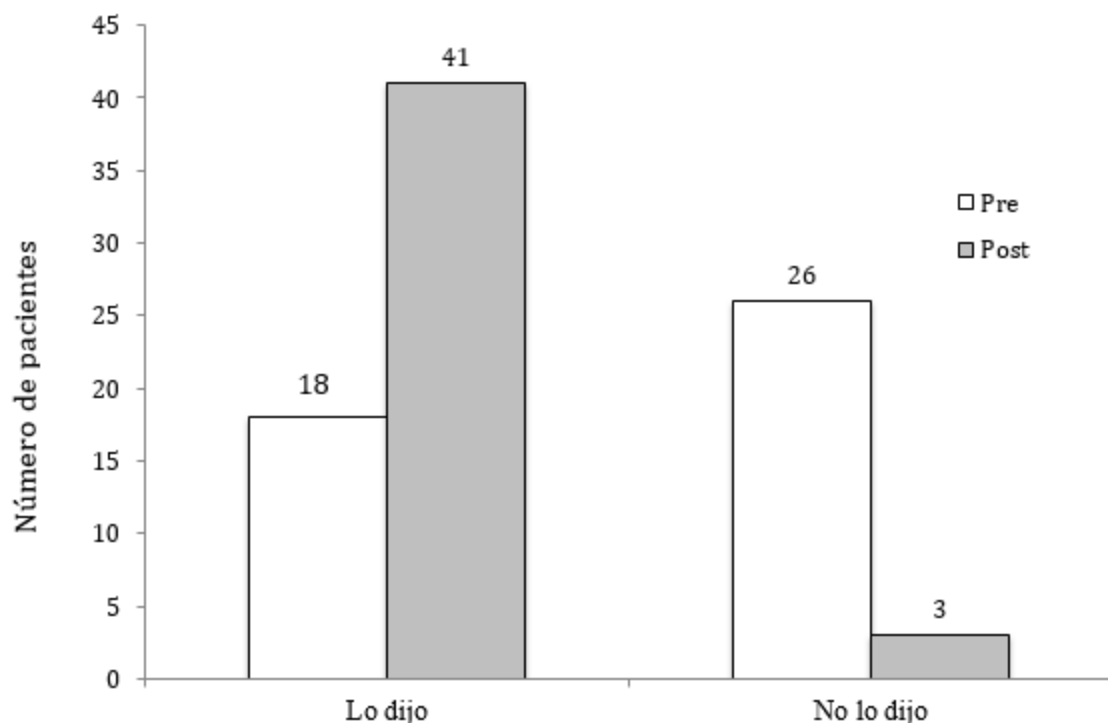


Figura 10: Pregunta 4. ¿cuáles son los tratamientos a los que podemos acceder? Diferencias entre la frecuencia de respuestas antes y después de la intervención psicoeducativa

Tabla 12

Frecuencia y porcentajes en las respuestas de la pregunta 4 (¿cuáles son los tratamientos a los que podemos acceder?) antes y después de la psicoeducación.

Pregunta 4 ¿cuáles son los tratamientos a los que podemos acceder?	Frecuencia PRE	% PRE	Frecuencia POST	% POST
Lo dijo	18	40.91%	41	93.18%
No lo dijo	26	59.09%	3	6.82%
Total (n)	44	100.00%	44	100.00%

De acuerdo a la pregunta cinco, “¿en qué consiste el procedimiento de MRM?” solamente 13 de las 44 pacientes (29.55%) sabían de manera clara en qué consistía dicho tratamiento, a pesar de ser el procedimiento quirúrgico al que serían sometidas (ver Figura 11 y Tabla 13).

Un poco más del 70% de las pacientes desconocía de qué se trataba la cirugía respondiendo generalmente a esta pregunta: “no lo sé” o bien, “me van a retirar el quiste” o “me van a quitar

el seno”. Sin embargo, como vemos en la tabla 13, una vez que se compartió con ellas la sesión psicoeducativa, pudimos observar que el 100% de las participantes logró responder correctamente a este cuestionamiento, de manera que fue la pregunta en la que se obtuvo un mayor éxito en la respuesta después de la sesión psicoeducativa.

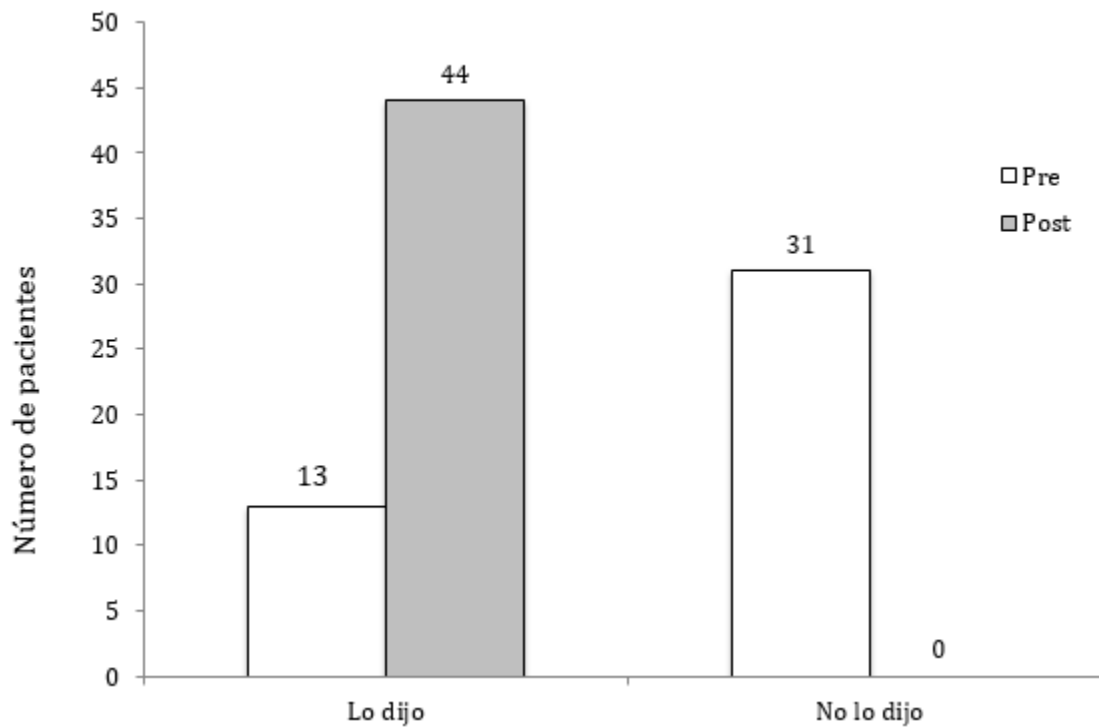


Figura 11: Pregunta 5. ¿en qué consiste el procedimiento MRM? Diferencias entre la frecuencia de respuestas antes y después de la intervención psicoeducativa.

Tabla 13:

Frecuencia y porcentajes en las respuestas de la pregunta 5 (¿en qué consiste el procedimiento de MRM?) antes y después de la psicoeducación.

Pregunta 5 ¿en qué consiste el procedimiento de MRM?	Frecuencia PRE	% PRE	Frecuencia POST	% POST
Lo dijo	13	29.55%	44	100.00%
No lo dijo	31	70.45%	0	0.00%
Total (n)	44	100.00%	44	100.00%

Finalmente, en la *Tabla 14* se presentan algunas de las respuestas dadas por las pacientes antes y después de haber recibido la información psicoeducativa.

La mayoría de las participantes reportaban sentirse nerviosas, preocupadas o ansiosas, por mencionar algunos de los estados de ánimo que más las representaban en el momento de llevar a cabo la intervención, por otra parte, algunas de ellas también nos compartieron sentirse tranquilas al saber que ya podrían realizar su cirugía en los siguientes días y con ello mejorar su estado de salud.

Entre algunas de las razones que les generaba una mayor angustia a las pacientes se encontraban: el miedo a dejar a su familia en caso de fallecer durante la cirugía o la anestesia, sobre todo en aquellas mujeres que tenían hijos pequeños, o bien, que el cáncer regresara en otro momento. Asimismo, creían que el hecho de tener cáncer se debía a “guardar emociones negativas”, como el enojo o el rencor.

Es importante destacar que muchas de las pacientes no contaban con información clara y precisa acerca de la enfermedad ni del procedimiento quirúrgico al que serían sometidas, ya que, debido a la demanda en el servicio, el personal médico y de enfermería no lograba proporcionar información completa y detallada acerca del tratamiento y de la enfermedad.

Tabla 14:

Respuestas ante la pregunta “¿cómo se siente en este momento?” Antes y después de la sesión psicoeducativa.

Paciente	Emociones previas a psicoeducación	Emociones posteriores a psicoeducación
SMG	“Estoy angustiada, espero que me toque un buen doctor. Me preocupa que me pongan un aparato por la boca, aunque sé que es necesario. No me siento mal de que me quiten el seno”	“Me dio mucha tranquilidad la información. Me siento tranquila y optimista. La información me sirvió mucho”
MPP	“Preocupada, pensativa, angustiada por lo que va a pasar después de la cirugía”	“Como más ligera, como que nada más veía una puerta, pero no me acordaba de que era para algo bueno, me siento menos preocupada, pero si lo estoy. Ya no me siento angustiada, me siento mejor”
VMR	“Me siento tensa, nerviosa. No sé qué va a pasar después de la cirugía, me da miedo no despertar”	“Me siento mejor. Sé que puedo tener una segunda oportunidad, ahora si me voy a cuidar”
JH	“Me siento muy triste, mi madre adoptiva murió de cáncer. Ya no tengo oportunidad, éste es el principio del fin”	“Me siento más tranquila, más optimista y sé que si me he preocupado por estar bien y por recuperar mi salud”
EMP	“Me siento triste, con muchas ganas de llorar, siento que mi vida se va a acabar y que mi vida ya no va a ser la misma”	“Me siento mejor, ya se lo que me van a hacer y me siento más tranquila”
AHR	“Preocupada por lo que vaya a pasar, no salir bien de la operación y tener que ir a quimios después”	“Me siento más tranquila con lo de la operación”
HHG	“Nervios y preocupación por la cirugía, no sé lo que va a pasar y también estoy preocupada por mi hijo más chico de quince años”	“Me siento bien, ya más tranquila”
MEC	“Preocupación por mi familia”	“Me siento más tranquila”
DPM	“Alegre pero nerviosa, preocupada y un poco espantada”	“Un poco más relajada y contenta”
IMM	“Me puse nerviosa por la cirugía desde ayer, pero me siento tranquila”	“Me siento más tranquila”
MCH	“Un poco nerviosa por la cirugía, pero en lo demás, bien”	“Me siento más tranquila y bien”
ERM	“Temerosa, con dudas respecto a la cirugía”	“Tengo temor por la cirugía, pero ya no tengo tantas dudas”

Nota: Reporte verbal por parte de algunas de las participantes (se muestran las iniciales de sus nombres) antes y después de recibir la información psicoeducativa. Las participantes dieron su consentimiento explícito para que esta información apareciera.

Con base en las respuestas compartidas por las participantes, podemos observar que muchas de ellas encontraron útil la información recibida, además, reportaron haberse sentido más tranquilas y más optimistas.

Aunque algunas de ellas no se sentían angustiadas por la cirugía, sí se encontraban preocupadas por el bienestar de sus familiares en caso de que les sucediera algo negativo a lo largo de la cirugía, o bien, no despertar del procedimiento quirúrgico. Podemos notar que, en la sección posterior a la psicoeducación, las pacientes ya no mencionan estas preocupaciones, sino que comparten una visión más positiva de su proceso de recuperación para su salud.

Discusión y Conclusiones.

El objetivo principal del presente estudio fue explorar el efecto de una intervención psicoeducativa sobre la información relacionada con la enfermedad y el tratamiento de pacientes con cáncer de mama que serán sometidas a mastectomía radical modificada. La estructura de la sesión psicoeducativa se realizó con base en el trabajo de Montiel y Guerra (2016), en donde nos dice que algunos de los elementos primordiales a tener en cuenta para la integración de la psicoeducación son: informar al paciente de su condición médica, facilitar la comprensión de la enfermedad, potenciar los recursos de resiliencia, promover estilos de vida saludables, estimular su autoestima, por mencionar algunos.

La metodología que se desarrolló para el presente estudio toma en cuenta la estructura de los estudios de Belleau et al., (2011); Ibrahim et al., (2018) y Wysocki et al., (2016), ya que como se ha planteado, el hecho de compartir con esta población información estructurada sobre su enfermedad, el procedimiento quirúrgico, el drenaje, el cuidado de la herida, y los tratamientos subsecuentes, les permiten contar con una mayor cantidad de herramientas de resiliencia que favorecen su percepción acerca de la cirugía y de los procedimientos eventuales, e incrementan su conocimiento acerca de los mismos.

Los resultados del presente estudio reportaron un incremento en la frecuencia de las respuestas dadas por las participantes, relacionadas con el conocimiento médico acerca de su enfermedad, así como del procedimiento quirúrgico. Esto coincide con lo encontrado en los estudios por Ibrahim et al. (2018), Latifi et al. (2019), Setyowibowo et al. (2018) y Wysocki et al. (2016), quienes también reportaron un incremento en el conocimiento relacionado con la enfermedad y la mastectomía después de la psicoeducación.

Se observó que ante la pregunta número 5 “¿en qué consiste el procedimiento de MRM?”, solo el 29% de las pacientes tenían información al respecto antes de la intervención, pero la información era deficiente, lo cual coincide con la investigación de Siqueira et al. (2007), en donde mencionan que las mujeres que fueron sometidas a MRM, generalmente conocen el nombre de la cirugía, pero desconocen los detalles del procedimiento. No obstante, después de la intervención, se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, esto podría deberse a que había un interés específico debido a que era el procedimiento al que iban a ser sometidas en los próximos días y, por lo tanto, la información les resultó más útil.

Asimismo, se encontró que antes de la intervención solo dos pacientes contestaron correctamente la pregunta 2, “¿qué es el cáncer de mama?”, este puntaje tan bajo coincide con lo mencionado por varios autores que expresan que un alto porcentaje de pacientes a nivel mundial muestran un deficiente conocimiento sobre el cáncer de mama (Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs, 2008; Hack, Degner & Parker, 2005; Sowden et al., 2001). Aun después de la intervención, no todas las participantes respondieron correctamente a esta pregunta esto puede ser debido a que es complejo entender las causas fisiológicas que se relacionan con la enfermedad. Además, la población que participó en el presente estudio, presentaba un nivel educativo mayormente ubicado entre primaria y secundaria, y basaban su información sobre el tema, en creencias aportadas por familiares o conocidos acerca del génesis de la enfermedad, lo anterior coincide con el estudio de Setyowibowo et al. (2018), en donde menciona que en un estudio cualitativo realizado en Indonesia, en el que participaron 50 mujeres con baja escolaridad, describieron el cáncer de mama como una enfermedad sin cura y mortal, sin embargo, la información la obtenían por parte de historias de pacientes con cáncer de mama, de vecinos, de familiares cercanos, o bien, de diferentes medios de comunicación, como revistas,

periódicos o de la televisión, ninguno de ellos basado en evidencia científica. Tal vez sería importante continuar trabajando en hacer la información más accesible para esta población, tomando en cuenta el nivel educativo y el contexto cultural.

Por otro lado, se encontró que el tema que conocían más antes y después de la psicoeducación era sobre los tratamientos a los que podían acceder para recuperar su salud, principalmente la quimioterapia y la radioterapia. Esto coincide con la investigación realizada por Wysocki et al. (2016) quienes observaron que después de la intervención las pacientes reportaban mayor información con respecto a los tratamientos a los que podían acceder para continuar con la recuperación de su salud. Otro aspecto que lo puede explicar este hallazgo es la información compartida entre las pacientes en el hospital que presentan el mismo diagnóstico, aunque, cabe mencionar que, a pesar de saber los nombres de los tratamientos antes de la psicoeducación, no sabían cuál era el procedimiento para llevarlo a cabo, o bien, los efectos secundarios que podían presentar, lo cual generaba incertidumbre hacia ellos, sobre todo hacia la quimioterapia, ya que compartían creencias como “es peor que tener cáncer”, “si el cáncer no me mata, la quimio lo va a hacer”, entre otras, sin embargo, después de llevar a cabo la intervención, se percibían un poco más tranquilas al respecto.

Por otra parte, el objetivo específico que se planteó fue describir el efecto de la información brindada sobre el estado emocional del paciente previo a ser sometida a la cirugía, con respecto a éste se observó que antes de la intervención psicoeducativa, las principales razones que les generaban angustia a las pacientes, además de tener la enfermedad o enfrentar una cirugía en la que tendrían que retirarles el seno, eran: el dejar desamparada/abandonada a su familia, sobre todo en aquellas mujeres que tenían niños pequeños, o bien, que el cáncer regresara en otro momento, y algunos de los pensamientos negativos que se relacionaban con esta sintomatología

fueron: *“ya no hay vuelta atrás”, “este es el principio del fin”, “el cáncer no tiene cura”, “mi vida ya no tiene sentido”, “lo más probable es que no me recupere”, “me da miedo no despertar de la cirugía”* etc. Al respecto, la literatura resalta que la ansiedad y el miedo son las principales emociones que puede llegar a presentar una paciente antes de un procedimiento quirúrgico (Alves, et al., 2007 & Vieira, et al., 2007). Asimismo, estos resultados coinciden con lo encontrado en estudios como el de Shapiro et al. (2001) y Fernández y Araujo (2005), en donde menciona que algunas de las principales inquietudes que se plantean las pacientes están las relacionadas directamente al cáncer, viéndolo como una amenaza contra la salud y contra la vida, pero, sobre todo, a la recurrencia de la enfermedad. Asimismo, autores como Navas et al. (2007) resaltan que las pacientes experimentan preocupaciones relacionadas al cuidado de los hijos.

Por medio del Cuestionario Pre-Psicoeducación, se pudo observar que muchos de los pensamientos de las participantes estaban fundamentados por información que las pacientes encontraban a través de internet, no obstante, no conocían algún sitio con información confiable. De manera que en las páginas a las que tenían acceso parecía que plateaban un escenario más catastrófico de lo que pudiera ser en la realidad, tal vez por ello las pacientes podían haber llegado a pensar que era una enfermedad incurable o que no tenía ningún sentido asistir a sus sesiones de quimioterapia ya que se sentían peor al hacerlo. Como lo menciona Swoden (2001), es necesario mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, para brindar información médica veraz y confiable a las usuarias.

En cuanto al estado emocional presentado durante la post evaluación se observaron testimonios como *“ya no me siento tan nerviosa como antes”, “la información me ayudó mucho y me hizo sentir más tranquila”, “ahora sé que tengo una nueva oportunidad y ya me voy a cuidar”, “aún me siento nerviosa, pero al menos ya sé que es lo que me van a hacer”, “me siento más*

optimista”, por mencionar algunos. Esto coincide con lo encontrado por Belleau et al. (2011) y Wysocki et al. (2016) quienes reportan una disminución de la percepción de ansiedad después de haber brindado la información con respecto a la enfermedad y la cirugía. Aunado a esto Colom (2011) y Wonghongkul et al. (2006) reportan que las intervenciones psicoeducativas son efectivas para disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y mejorar la calidad de vida e incidir en el afrontamiento activo a la enfermedad, debido a que se le dota a las pacientes de herramientas que le permiten ser más proactivas en la comprensión y el tratamiento de su enfermedad.

Dado que el alcance de este estudio es exploratorio, se pueden observar algunas limitaciones, que pueden conducir en problemas a la validez externa de la investigación, así como en la metodología (Fabrigar, MacCallum, Strahan & Wegner, 1999), debido al número de participantes, el cual podría ampliarse para futuras investigaciones. Otra, es que no todas las pacientes sometidas a MRM experimentaban la cirugía como primer tratamiento, esto pudo haber afectado el estado emocional e informacional de las pacientes, ya que si habían pasado por otros tratamientos contaban con mayor información al respecto.

Además, es necesario resaltar que los materiales utilizados en el estudio no presentan propiedades psicométricas, por lo que no se puede garantizar su precisión ni generalización en otros contextos, sin embargo, pueden servir como un marco para elaborar herramientas de evaluación más completas y estandarizadas para valorar las necesidades y fuentes de información de las pacientes con cáncer de mama.

Asimismo, es importante tomar en cuenta que en el presente trabajo sólo se abordó a las pacientes en los días previos a realizar el procedimiento quirúrgico de mastectomía radical modificada, no obstante, sería importante iniciar la intervención desde el momento en el que las

pacientes reciben el diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama con el fin de acompañarlas en el proceso, brindándoles, desde ese momento, la información que necesitan para tomar decisiones oportunas y fundamentadas. Además, sería conveniente seguir a las pacientes a lo largo de su proceso para determinar cambios importantes en las necesidades de información y las fuentes a lo largo del tiempo, que les permitan mantener su calidad de vida.

Las investigaciones anteriores se centran casi exclusivamente en comprender las necesidades y las fuentes de los pacientes durante la fase de diagnóstico y tratamiento; por lo tanto, también se necesita una mayor atención a las necesidades informativas y las fuentes de pacientes con cáncer durante la recuperación, la supervivencia y el final de la vida para abordar esta brecha.

Podemos concluir que al incluir una sesión psicoeducativa uno o dos días antes de la cirugía de Mastectomía Radical Modificada en donde se aborden los principales temas de los procedimientos que se llevarán a cabo, tales como la cirugía, el tipo de anestesia, los tratamientos subsecuentes, el drenaje, el cuidado de la herida, así como la duración de los mismos, se les brinda la posibilidad de modificar sus emociones disfuncionales (como la ansiedad, el miedo, el estrés o la desesperanza) por aquellas que les permitan enfrentar de mejor manera el proceso (optimismo, esperanza, tranquilidad o alivio). Además de mejorar el conocimiento médico que poseen y que, a su vez, permite romper con aquellas creencias erróneas en torno al cáncer de mama, como el visualizarlo como una enfermedad incurable o bien, que se desarrolla por experimentar emociones de rencor, enojo o envidias hacia los demás.

Sería importante para futuras investigaciones tomar en cuenta este dato para tener instrumentos estandarizados que permitan conocer los cambios emocionales de las pacientes sobre todos los temas que se trabajaron en la intervención.

Los hechos anteriores nos obligan, como profesionales de la salud mental, a voltear la mirada ante esta evidencia con el fin de hacer visible la importancia que tiene la psicoeducación en el ámbito hospitalario, ya que, a pesar de que existe un alto porcentaje de la población a nivel mundial que padece la enfermedad y el gran número de investigaciones que se hacen en torno a la misma, poco se ha dirigido al interés hacia los factores relacionados con el paciente, tales como la ansiedad previa a la cirugía, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, entre otros, que no se incluyen de forma rutinaria en la investigación general (Wysocki, Mitus, Komorowsky & Karolewski, 2012).

Referencias

- Adler, N. E., & Page, A. E. (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington DC: The National Academies Press.*
- Alves, M.L., Pimentel, A.J., Guaratini, A.A., Marcolino, J.A., Gozzani, J.L. & Mathias, L.A. (2007). Ansiedad en el período preoperatorio de cirugías de mama: Estudio comparativo entre pacientes con sospecha de cáncer de mama y pacientes sometidos a procedimientos estéticos. *Revista Brasileira de Anestesiología; 57(2):147-56.*
- Alves, P.C., Sousa, A.P., Lavinias, M.C. & Carvalho, A.F. (2010). Knowledge and Expectations of Woman in the Preoperative Mastectomy. *Revista de la Escuela de Enfermería; 44(4): 985-991.*
- Arce, C., Bargalló, E., et. Al. (2011) Oncoguía, Cáncer de mama. *Cancerología. 77-86.*
- American Cancer Society. (2017). *What is Breast Cancer?* Recuperado el 25 de junio de 2018, de: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
- Arora, N.K., Johnson, P., Gustafson, D.H., McTavish, F., Hawkins, R.P. & Pingree, S. (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Journal of Patient Education and Counseling, 47:37-46.*
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., et al. (2001). Consensus statement on depression, anxiety and oncology. *Journal of Clinical Psychiatry, 62(8):64-67.*
- Barbosa, I.C., Fernández, A.F., Silva, R.M. & Gurgel, A.L. (2002). Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Revista de Enfermería, I.M.S.S.; 20(2):79-84.*
- Belleau, F., Hagan, L. & Mâsse, B. (2001). Effects of an educational intervention in the anxiety of women awaiting mastectomies. *Canadian Oncology Nursing Journal. 177-181.*
- Belkora, J.K., Volz, S. & Teng, A.E. (2012). Impact of decision aids in a sustained implementation at a breast care center. *Journal of Patient Education and Counseling. 86:195-204.*
- Bustamante, L. M., Marín, S. J. & Cardona, D. (2012). Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte en el adulto mayor en Medellín, 2002-2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(1), 17-25.*
- Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. Washington, DC, National. Academies Press, 2008.

- Cantero, A., Mederos, O. & Romero, C. (2012). Valor educativo y generalización del grupo "Alas por la vida". *Revista Cubana de Cirugía*; 51(1):110-17. Recuperado el 2 de marzo de 2019, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281230271015>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016). Recuperado el 25 de junio de 2018, de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>
- Colditz, G.A. & Bohlke, K. (2014). Priorities for the primary prevention of breast cancer. *C.A. Cancer Journal for Clinicians*, 64:186–194.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165.
- Doyle, C. Kushi, L.H. & Byers, T. (2006). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: American cancer society guide for informed choices. *C. A. Cancer Journal for Clinicians*, 56:323–353.
- Duarte, T.P. & Andrade, A.C. (2003). Enfrentando la mastectomía: Análisis de relatos de mujeres mastectomizadas sobre cuestiones ligadas a la sexualidad. *Estudios de Psicología*; 8(1):155-63.
- Dumestrescu, R.G. & Cotarla, I. (2005). Understanding breast cancer risk—where do we stand in 2005? *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 9:208–221.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R.C. & Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methodology*;4(3), 272-299.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D. & Bray, F. (2013). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: *IARC CancerBase No. 11. GLOBOCAN. 1.0*.
- Fernández, A.F. & Araujo, I.M. (2005). Enfrentando el diagnóstico de cáncer de mama: Testimonios de mujeres mastectomizadas. Fortaleza: Universidad Federal de Ceará, Brasil.
- Fernández, A.F. & Mamede, M.V. (2003). Cáncer de mama: Mujeres que sobreviven. Fortaleza: Universidad Federal de Ceará, Brasil.
- García, J.M. & Domínguez, M.L. (2010). Fundamentals of psychotherapy with women affected by breast cancer. *ALCMEON*. 16(2):125-139.

- Guerra, Morales, V., Angulo, G.L., Castillo, D., Treto, A.M., Cassinda, V. & González, G.M.(2015). Psychoeducation: An alternative for preparing the Cancer Patient's Primary Caregiver. *Horizons in Cancer Research. New York: Nova Biomedical.* p. 135-49.
- Grau, J., Hernández, E. & cols. (2005). *Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones.* Guadalajara, México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
- Griffin, S.J., Kinmonth, A.L. & Veltman, M.W. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *The Annals of Family Medicine, 2:*595-608.
- Hack, T.F., Degner, L.F. & Parker, P.A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psychooncology, 14:*846-847.
- Hegelson, V. S., Shulz, R. & Yasklo, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychology, 19,* 107-114.
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine, 64,* 206-221.
- Ibrahim, M., Lau, G., Smirnow, N., Buono, A., Cooke, A., Gartshore, K., Loiselle, C. & Johnson, K. (2018). A multidisciplinary preoperative teaching session for women awaiting breast cancer surgery: A quality improvement initiative. *Rehabilitation Process and Outcome, 7:* 1–7.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado el 25 de junio de 2018 de:http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas de mortalidad en pacientes con cáncer.
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: Relationship to coping with cancer and quality of life. *Journal of Medical Oncology, 27*(1), 108-113.
- Latifi, M., Ghasemi, H., Nader, T., Karami, A., Barahmand, N. & Farsani, N. (2019). Using Information Sources by breast cancer women treated with mastectomy. *Journal of Education and Health Promotion. 9*(201),141-201.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual.* México: Siglo Veintiuno.
- Lo-Castro, A.M. & Schlebusch, L., (2006). The measurement of stress in breast cancer patients. *South African Journal of Psychology, 36:*102-119.

- McDonald, Sh., Saslow, D. & Alciati, M.H. (2004). Performance and reporting of clinical breast examination: A review of the literature. *C. A. Cancer Journal for Clinicians*, 54. 345-361.
- MedlinePlus. (2017). *Cáncer de seno*. Recuperado el 25 de junio de 2018, de: <https://medlineplus.gov/spanish/breastcancer.html>
- Mohar, A., Baragalló, 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.
- Montiel, M. E. & Guerra, V. M. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2): 332-336.
- National Compressive Cancer Network. (2016). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Breast Cancer.
- National Compressive Cancer Network. (2016). NCCN Guidelines for patients, Breast Cancer Carcinoma in Situ (Stage 0). Washington.
- National Cancer Institute. (2016). Tratamiento del Cáncer de Seno. Recuperado el 25 de junio de 2018 de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq>
- Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R. & Zapata, E. (2007). Programa de Intervención Psicoeducativo para el paciente con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*; 19 (1): 84-93.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Geller, P.A. (2003). *Health Psychology, Vol. 9 of the Handbook of Pshychology*, Editor- in-Chief; I.B. Weiner. NY: Wiley.
- 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*.
- Oktay, J. S. (1998). Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincotts Primary Care Practice*;2(2):149-159.
- Oliveira, M.S., Fernández, A.F., Melo, E.M. & Barbosa, I.C. (2005). Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. *Revista Cubana de Enfermería*; 21(2):1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado el 25 de junio de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer. Nota descriptiva*. Recuperado el 25 de junio de 2018 de: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer de mama: prevención y control. Carga de cáncer de mama*. Recuperado el 25 de junio de 2018, de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Osborn, R., Demoncada, A. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *INT'L. Journal of Psychiatry Medicine*;36(1):13-34.
- Palesh, O. G., Shaffer, T., Larson, J., Edsall, S., Chen, X. H., Koopman, C., et al. (2006). Emotional self-efficacy, stressful life events and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *The Breast Journal*, 12(2), 123–129.
- Peled, R., Carmil, D., Siboni-Samocho, O., & Shoham-Vardi, I. (2008). Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *BMC Cancer*, 8, 245.
- Rees, C.E. & Bath, P.A. (2000). The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31:833–41.
- Roberts, S., Livingston, P., White, V., & Gibbs, A. (2003). External breast prosthesis use: Experiences and views of women with breast cancer, breast care nurses, and prosthesis fitters. *Cancer Nursing*, 26(3), 179–186.
- Rodica, G. E. (2012). The relationship between anxiety, depression and self-esteem women with breast cancer after surgery. *Procedia: Social and Behavioral Science*, 33,124-127.
- Setyowibowo, H., Iskandarsyah, A., Sadarjoen, S., Badudu, D. F., Suardi, D., Passchier, J., Hunfeld, J.A.M. & Sijbrandij, M. (2018). A self-help guided psychoeducational intervention for Indonesian women with breast cancer symptoms: development and pilot feasibility study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*;20 (3), 711-722.
- Shapiro, S., López, A.M., Shuarartz, G., Bramen, C. & Kurker, S. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*;57(4):501- 519.
- Siqueira, K.M., Barbosa, M.A. & Boemer, M.R. (2007). Vivir la situación de tener cáncer: Algunas revelaciones. *Revista Latinoamericana de Enfermería*; 15(4): 605-11.
- Secretaría de Salud. (2003). Boletín Epidemiología. Dirección General de Epidemiología- Dirección General Adjunta de Epidemiología.
- Secretaría de Salud. (2014). Dirección General de Epidemiología. Recuperado el 06 de julio de 2018, de Anuario de Morbilidad. 1984-2017. <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., et Al. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients. *Cancer*. 116(7):1810-1819.
- Sowden, A., Forbes, C. & Entwistle, V. (2001). Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer. *Journal of Quality in Health Care*; 10: 193-196.
- Val Gil, J.M., López-Bañeres, M.F., Rebollo-López, F.J., Utrillas-Martínez, A.C. & Minguillón-Serrano, A. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía Española*, 69(1), 56-64.
- Vieira, C.P., López, M.H. & Shimo, A.K. (2007). Sentimientos y experiencias en la vida de las mujeres con cáncer de mama. *Revista de la Escuela de Enfermería, U.S.P.*; 41(2):311-6.
- Wonghongkul, T., Sawasdisingha & P., Aree, P. (2008). Effect of Educative-Supportive Program on Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Thai Journal of Nursery Research*;12(3):179-94.
- Wysocki, W., Mitus, J., Komorowski, A. & Karolewski, K. (2012). Impact of Preoperative Information on Anxiety and Disease-Related Knowledge in Women Undergoing Mastectomy for Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Acta Chirurgica Belgica*, 112:2, 111-115.

Anexo 1.

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:

Anexo 2.



CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO
Instituto Mexicano del Seguro
Social
Facultad de Psicología. UNAM



Nombre del estudio: *Relación entre los aspectos sociodemográficos, la calidad de vida y la ansiedad en mujeres con cáncer de mama sometidas a Mastectomía Radical Modificada.*

Lugar y Fecha: Ciudad de México a _____ de _____ del 2018.

Número de Registro: _____

Debido a lo difícil que es enfrentar un diagnóstico de cáncer de mama, a los problemas emocionales que pueden aparecer y a los cambios en la vida cotidiana que se tienen que realizar a partir de la enfermedad ; el objetivo de esta investigación es entender la relación existente entre los aspectos sociodemográficos, emocionales (como la ansiedad) y la calidad de vida de las mujeres que serán sometidas a una Mastectomía Radical Modificada, esto con la finalidad de conocer las necesidades específicas de las pacientes con cáncer y poder brindar un mejor tratamiento, focalizado a dichas necesidades.

Si usted decide participar con nosotras, será incluida en un protocolo de investigación en el que se le pedirá responda algunos cuestionarios relacionados con su estado de ánimo, sus actividades cotidianas y su conocimiento sobre la enfermedad. Así mismo, se le brindará información importante relacionada con aspectos generales del cáncer de mama, la cirugía a la que será sometida y, en caso de ser necesario, sobre los trámites administrativos que tendrá que realizar a lo largo de su tratamiento médico.

Es importante mencionar que toda la información que nos proporcione es estrictamente confidencial y solo podrá ser usada por los responsables del proyecto.

Posibles riesgos y molestias: Aunque el protocolo no representa ningún riesgo para su integridad física ni mental, podría ser que algunas de las preguntas relacionadas con su vida personal le parezcan incómodas de responder. Sin embargo, le recordamos que toda la información que nos brinde es confidencial.

Posibles beneficios: con su colaboración, la información que se tiene hasta ahora sobre el impacto del cáncer de mama en la vida de las mujeres, será ampliada. Su participación, en un futuro podría ayudar a que las mujeres tratadas con Mastectomía Radical Modificada reciban un mejor tratamiento, que considere los aspectos psicológicos y las necesidades específicas de las pacientes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: podrá tener los resultados de los instrumentos aplicados, así como recibir tratamiento psicológico, si usted así lo solicita.



CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO
Instituto Mexicano del Seguro
Social
Facultad de Psicología. UNAM



Con mi firma otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios y formatos pertinentes.

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma del Psic. que aplica las evaluaciones

Responsables del Proyecto

Dr. Juan Luis Aboites Lucero
Jefe de departamento, Oncología
Quirúrgica.
Centro Médico Nacional "La Raza"

Dra. Aime Edith Martínez Basurto
Investigadora Asociada.
Laboratorio de Medicina Conductual
Facultad de Psicología, UNAM.

Psic. Arelly Ruiz García
Tesisista
Facultad de Psicología, UNAM.
Tel: 044-55-43-71-29-89

Psic. Ingrid Rosemberg García
Tesisista
Facultad de psicología, UNAM.
Tel: 044-55-0235-86

Anexo 3.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
Residencia de Medicina Conductual
Sede: Hospital "La Raza"**



**"Cuestionario para la evaluación de la Psicoeducación a pacientes con cáncer de mama"
PRE-INTERVENCIÓN**

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

a) ¿Qué emociones describen mejor su estado de ánimo en éste momento?

1. ¿Qué es el cáncer?

2. ¿Qué es el cáncer de mama?

3. ¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo que favorecen su desarrollo?

4. ¿Cuáles son los tratamientos que pueden darse para combatirlo?

5. ¿En qué consiste el procedimiento de Mastectomía Radical Modificada?

Observaciones:



**"Cuestionario para la evaluación de la Psicoeducación a pacientes con cáncer de mama"
POST-INTERVENCIÓN**

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

b) ¿Qué emociones describen mejor su estado de ánimo en éste momento?

1. ¿Qué es el cáncer?

2. ¿Qué es el cáncer de mama?

3. ¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo que favorecen su desarrollo?

4. ¿Cuáles son los tratamientos que pueden darse para combatirlo?

5. ¿En qué consiste el procedimiento de Mastectomía Radical Modificada?

Observaciones:



"Cuadro para la calificación de la Psicoeducación a pacientes con cáncer de mama"

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Pregunta	Pre-Intervención		Post-Intervención		Criterios de calificación.
	Lo dijo	No lo dijo	Lo dijo	No lo dijo	
1. ¿Qué es el cáncer?					Crecimiento anormal de células
2. ¿Qué es el cáncer de mama?					Acumulación de células cancerígenas en los lobulillos o en las "bolsitas" de los senos o en los "tubitos" del seno/ El seno es invadido por células cancerígenas.
3. ¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo que favorecen su desarrollo?					Exposición a hormonas (menstruación antes de los 12 años o menopausia después de los 50 años) / fumar/ tener hijos después de los 30 años/ no haber tenido hijos/ tomar hormonas (anticonceptivos hormonales) / sobrepeso/ factores hereditarios/ tener células cancerígenas.
4. ¿Cuáles son los tratamientos que pueden darse para combatirlo?					Cirugía (MRM) / Quimioterapia / Radioterapia / Hormonales
5. ¿En qué consiste el procedimiento de Mastectomía Radical Modificada?					Extirpar o quitar todo el seno, incluyendo el pezón, areola y piel (algunas veces también los ganglios linfáticos de la axila).
6. ¿Cuáles son los estudios que necesita realizar antes de su cirugía?					Estudios de laboratorio, placa de tórax, valoración de anestesiología y valoración de medicina interna.

Anexo 4

Diálogo para la sesión Psicoeducativa

Indagar ¿cómo está la paciente, ¿cómo se siente, ¿qué le han dicho los médicos, ¿qué sabe de su diagnóstico y cirugía, y qué tanto desea saber?

¿Qué es el cáncer?

El cáncer es un conjunto de enfermedades, que pueden ser muy diferentes entre sí, dependiendo donde tengan su origen, es decir, si aparece primero en el pulmón, se llamará, cáncer de pulmón y si aparece primero en el seno, se llamará cáncer de seno.

Para entender muy bien que es el cáncer y de qué se trata, tenemos que saber que nuestro cuerpo está formado por muchísimas células. Cada tejido de nuestro cuerpo está compuesto de células.

Para entender que es una célula, vamos a poner como ejemplo una casa. La casa está compuesta por diferentes habitaciones, como el baño, la cocina y los cuartos, y cada cuarto puede ser diferente, pero todos al menos tienen paredes y estas paredes están hechas de ladrillos o tabiques.

Para construir una casa necesitamos ladrillos y tabiques y las células son como los tabiques de una casa, los tejidos son las paredes y la casa es nuestro cuerpo.

En nuestro cuerpo hay distintos tipos de tejidos y células, no es lo mismo el tejido de nuestra lengua, que, de nuestra mano o nuestros ojos, así que en nuestro cuerpo hay muchos tipos de células y son diferentes, según donde estén. En nuestra casa, no es lo mismo el baño, que un cuarto.

En nuestra casa, hay cosas que cambiamos, arreglamos, reparamos y mejoramos por el uso que hacemos de ella. Lo mismo pasa en nuestro cuerpo, a diario nuestras células se regeneran, es

decir nacen nuevas células, están creciendo, se reproducen, y cuando envejecen mueren. Cuando tenemos una infección o nos hacemos una herida en la piel, mueren algunas células, pero nacen nuevas que regeneran el daño o la herida y la cierran y esto sucede todos los días en todas las personas.

El cáncer ocurre, cuando una célula o algunas células de algún tejido del cuerpo, empiezan a nacer de forma incontrolada, y estas células no mueren aun cuando están muy viejitas y empiezan a reproducirse diferentes a las células originales, que también se reproducen sin control e invaden y rompen otros tejidos sanos, y no solo eso, tienen la capacidad de desprenderse del tejido original, como es el caso de la mama, y viajar a través de la sangre y hacer nuevas colonias de células deformes en otras partes del cuerpo y también invadir y romper otros órganos.

Las células cancerígenas pueden romper nuestros tejidos, como los árboles que rompen las banquetas con sus raíces cuando crecen demasiado.

Cáncer de mama

En el caso de la mama, hay tejidos dentro del seno en donde se puede producir leche en unas “bolsitas” o glándulas que se llaman también lobulillos, y “tubitos” o ductos que se conectan a estas “bolsitas” para que baje esta leche de los lobulillos hasta el pezón, para alimentar a un bebé. Es en los lobulillos y los ductos donde pueden algunas células deformarse y crecer sin control, formando “bolitas” o tumores, que invaden y rompen los tejidos del seno, por lo que hay que quitar el seno.

A pesar de ser un órgano importante para nosotras, es posible que podamos vivir sin senos, ya que no es un órgano vital para vivir, como lo es el corazón, los pulmones, los huesos o el cerebro. El problema es que si no nos quitan el seno que está invadido por estas células

enfermas, estas se pueden desprender e ir a invadir otros tejidos que si necesitamos para vivir. Por esto es muy importante que, una vez detectado el cáncer en un seno, hagamos todo lo necesario para detenerlo y evitar que se vaya a otro lado y ponga en riesgo nuestra vida. Si tomamos las acciones necesarias, podemos tener la posibilidad de vivir bien después de los tratamientos.

Factores de riesgo

No hay sólo una causa que desarrolle el cáncer de mama, hay muchos elementos que aumentan el riesgo de desarrollar células cancerígenas, le voy a mencionar algunos de los factores que pueden incrementar la probabilidad de tenerlo:

1. Estar expuesta a hormonas por mucho tiempo, esto puede ser si nuestra primera menstruación apareció antes de los 12 años o si la menopausia nos llegó después de los 50 años
2. Fumar
3. Haber tenido hijos después de los 30 años o no haber tenido hijos
4. Haber estado expuesta a hormonas
5. El sobrepeso también contribuye porque las células malas se alimentan en gran medida de grasa
6. Si tenemos familiares cercanos como nuestra mamá o abuela que tuvieron cáncer
7. Si ya tenemos las células malas en el cuerpo, también aumenta la posibilidad de que esas células crezcan en otras partes del cuerpo, por eso importante seguir muy bien el tratamiento que el médico recomienda

Entre más de estos ejemplos cumplamos, el riesgo de tener cáncer aumenta, sin embargo, hay veces que, aunque no hayamos hecho ninguna de las cosas anteriores lo desarrollamos, o bien, hicimos todas y jamás nos pasa nada. ¿Usted hace o hizo alguna de las cosas de las que hablábamos?

Tratamiento

Hay distintas maneras de tratar el cáncer (de mama) dependiendo de su tipo y etapa, se los voy a explicar de manera muy general.

Cirugía: En este caso, el médico extrae el tejido de la mama y algunos ganglios linfáticos de la axila que van a funcionar como pequeños botes de basura. Los ganglios linfáticos son pequeñas estructuras en forma de frijolito que filtran el líquido producido por nuestro cuerpo (por ejemplo, cuando usted prepara agua de guayaba y no quiere que esta tenga semillas utiliza una “coladera” para filtrarlas, ¿verdad? Bueno pues esto es lo mismo que hacen los ganglios linfáticos en nuestro cuerpo).

El siguiente tratamiento que usted podría recibir es la **Quimioterapia:** La cual es un tratamiento con medicamento contra el cáncer que se administra por vía intravenosa (que corre a través de las venas). Esto es que el medicamento pasa a través de la sangre para llegar a las células cancerosas.

Otro tratamiento es la **Radioterapia:** Que es un tratamiento que utiliza radiación/rayos (como los rayos x de una radiografía) para eliminar a las células del cáncer y/o reducir los tumores.

Por último, la **Hormonoterapia:** este tratamiento se encarga de hacer lento o detener el crecimiento de tumores sensibles a las hormonas. Las hormonas son sustancias químicas que interactúan con nuestras células, la terapia bloquea el crecimiento de células cancerosas.

Cabe señalar que, dependiendo del tipo de cáncer de mama y lo avanzado que esté, puede que necesite la combinación de dos o más tratamientos.

Mastectomía radical modificada

La mastectomía es una manera de tratar el cáncer de seno mediante la eliminación quirúrgica de todo el seno. En este procedimiento, el cirujano extirpa todo el seno, incluyendo el pezón, la areola y la piel. Dependiendo de la situación, se extraen algunos ganglios linfáticos de la axila. Al finalizar la operación se le va a colocar un drenaje, es decir en esta parte de su cuerpo que es donde le van a retirar el seno, le pondrán dos mangueritas un poco largas que en el otro extremo estarán colocadas a un pequeño bote en el que caerán líquidos que su cuerpo expulsa, es decir, van a hacer la función de los ganglios linfáticos. Ahora es importante saber que este drenaje no lo tendrá para siempre solo serán unos días en lo que usted se recupera de la operación.

Drenaje

Primero que nada, es importante saber que el drenaje ayuda a expulsar los líquidos producidos después de la cirugía, además, el drenaje tiene que mantenerse limpio para que pueda cumplir su función. Para hacer esto, se necesita seguir una serie de pasos:

1. Coloque siempre el material en un área limpia y seca. Lávese las manos antes y después de limpiar su drenaje.

2. Todos los días se tiene que establecer una hora específica para vaciar el líquido producido.

Además de esto, se debe medir la cantidad de líquido que se está produciendo. Para hacer esto

puede utilizar un recipiente graduado, esto es un recipiente con numeritos como los que vienen en las jarras o en las mamilas.

3. Para vaciar el drenaje debe: cerrar la pinza del tubo de drenaje; Quitar el tapón de salida del depósito; y, finalmente, Inclinar el depósito sobre el recipiente con números hasta vaciarlo.

4. Después de realizar esto, deberá anotar en una hoja la cantidad de líquido que se está drenando. Es importante hacer este registro ya que deberá traer esta hoja cuando se le hagan sus curaciones. Y así el médico se dará cuenta de cuánto líquido ha drenado y cuánto falta por drenar. Si nota un color rosado en el líquido que arroja, es importante que le avise al médico.

5. No debe desconectar, hacerle hoyos o doblar el tubo.

6. Algo que debe tener en cuenta es que el drenaje se puede tapan (esto puede ser causado porque el conducto está sucio). Para destapar el drenaje se debe utilizar una jeringa sin aguja del número 20.

7. Para volver a utilizar el drenaje, debe de: apretar el depósito y comprimirlo; insertar la tapa del drenaje; abrir la pinza del tubo de drenaje.

8. El depósito se expandirá gradualmente a medida que se llene de líquido. Si no fuera así, deberá acudir a urgencias.

9. Por último, es importante que el recipiente del drenaje quede abajo para que el líquido producido por la herida pueda fluir.

Normalmente pasan entre 15 y 20 días para retirar el drenaje.

¿Cómo se va a sentir después de la anestesia?

La anestesia impide que usted sienta dolor por un período y ocasiona que usted duerma profundamente durante la cirugía. A menudo, se inicia haciendo que usted inhale un medicamento a través de una máscara o inyectándole un medicamento en una vena de su brazo.

Su presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria serán monitoreadas cuidadosamente durante la cirugía. Un médico que se especializa en administrar anestesia, le observará durante el procedimiento hasta que usted se despierte.

Las personas que reciben anestesia general se trasladan a la sala de recuperación para ser observadas mientras desaparecen los efectos de los medicamentos, lo que puede entre 3 y 4 horas normalmente.

Las personas que se despiertan de la anestesia a menudo se sienten “fuera de sí” por algún período. Por un rato, puede que las cosas le parezcan poco claras o como si estuviera en una especie de sueño, es posible que se sienta mareada, los ruidos se distorsionen o no entienda lo que dicen e incluso pueda sentir ruidos muy fuertes y que lastimen sus oídos. Tal vez no sienta que está totalmente despierto sino hasta el próximo día. También podría presentar dificultad para recordar lo que ocurrió el día de la cirugía. Todo esto es completamente normal.

Limpieza de la herida

Usted va a realizar su baño diario, pero la herida la va a limpiar con jabón neutro y agua. Con la yema de sus dedos va a hacer espuma y se va a limpiar muy suavemente sobre su herida y con una toalla que la va a destinar únicamente para eso, se va a secar dándose unos pequeños golpes

muy despacito para que seque por completo. De no ser así puede generar alguna infección en esta. ¿Vamos bien?

Aspectos psicológicos

El saber que tiene cáncer de mama puede ser una noticia muy difícil, donde puede sentirse con muchas preguntas por hacer y tal vez emociones desagradables que le hacen sentir incómoda, rara, ¿ha sentido esto en estos días? ¿de qué otra forma se ha sentido?, ¿qué emociones identifica usted?, ¿cuáles son las que más predominan en este momento? Gracias por compartirlo, estas sensaciones y emociones que usted presenta son normales, ya que al hablar del cáncer resulta difícil, sobre todo porque es una enfermedad de la cual no tenemos la mejor idea. Estas emociones que puede presentar son miedo, ansiedad, enojo, tristeza y es completamente válido y normal que se sienta así, ahorita se encuentra ante una situación totalmente desconocida que va a necesitar cambios, más cuidado de nuestros hábitos como la alimentación, el sueño, el descanso y también habrá un cambio en el trabajo. Sé que se oye como demasiado trabajo o demasiados cambios por hacer, y parecerían agobiantes, sin embargo, son cambios necesarios para que el malestar de la enfermedad sea menor.

Referencias:

- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, S.V. & Villareal, P. (2011). Oncoguía: cáncer de mama. *Cancerología*: 77 – 86.
- Holland, J.C., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., Lederberg, M.S., Loscalzo, M.J. & McCorkle, R. (2010). *Psucho-Oncology*. Nueva York. Estados Unidos de América. Oxford University Press.
- Holland, J.C., Golant, M., Greenberg, D.B., Hughes, M.K., Levenson, J.A., Loscalzo, M.J & Pirl, W.F. (2015). *Psycho-Oncology. A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. Nueva York. Estados Unidos de América. Oxford University Press.
- Marchand, M.R. & Stewart, J.A. (2012). *Breast Cancer*. Chapter 78. 771-783.
- Schlag, P.M. & Senn, H.J.(2014). *Psycho-Oncology*. London. Springer.
- Watson, M. & Kissane, D.W. (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Chichester. Reino Unido. Wiley-Blackwell.

LAS CÉLULAS



EL CÁNCER

CÉLULA NORMAL



NACE

CRECE



SE REPRODUCE



ENVEJECE



MUERE

CÉLULA CANCERÍGENA



NACE Y CRECE
ANORMAL



SE REPRODUCE SIN
CONTROL

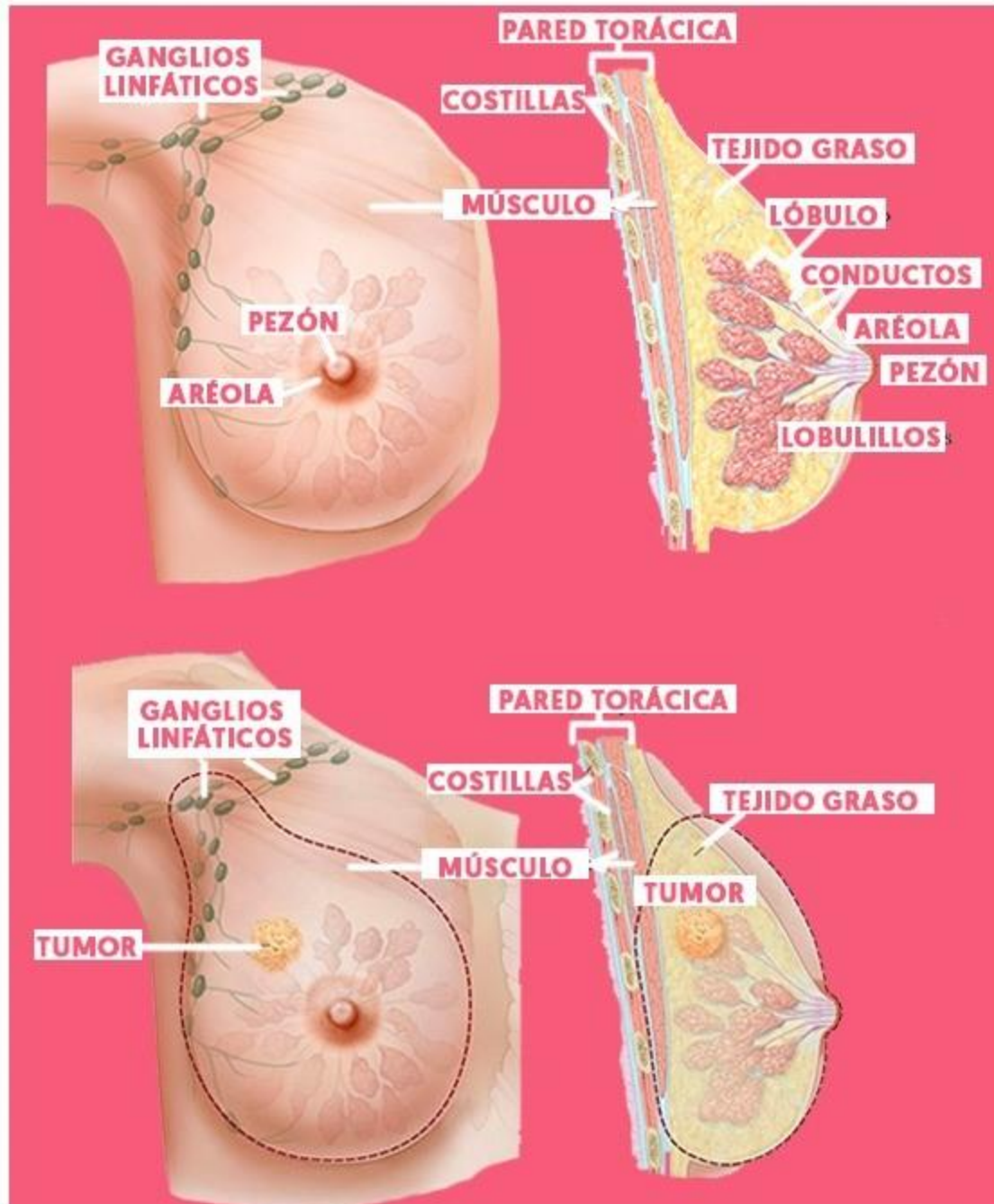


ENVEJECE



NO MUERE

CÁNCER DE MAMA



FACTORES DE RIESGO



TRATAMIENTOS



CIRUGÍA

**HORMO-
NOTERAPIA**

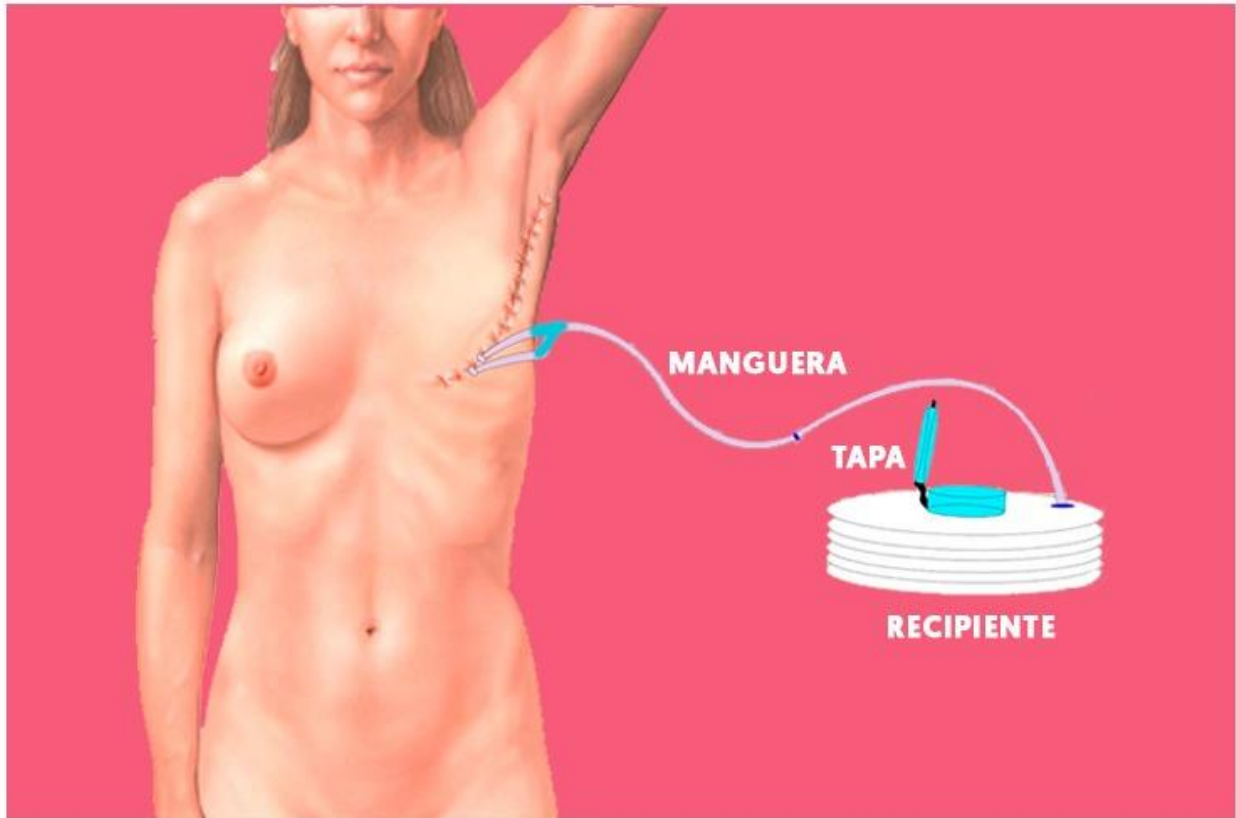


QUIMIOTERAPIA

RADIOTERAPIA



DRENAJE



ASPECTOS PSICOLÓGICOS



ENOJADA



CON MIEDO

**¿ES
NORMAL
SENTIRME
ASÍ?**



TRISTE



SOLA



DESESPERADA