

01964



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNOSCITIVO
CONDUCTUAL PARA EL CÁNCER DE MAMA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
**MESTRIA EN PSICOLOGIA
GENERAL EXPERIMENTAL**
P R E S E N T A :
IXTACCIHUATL CARRASCO RIVERA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
COMITE DE TESIS: MTR. GUSTAVO BACHA MENDEZ
MTRA. MARTHA MALDONADO RUBI
MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
MTR. ARTURO MARTINEZ LARA



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MEXICO, D.F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. *Samuel Jurado Cárdenas* por su apoyo, paciencia, confianza y valiosa dirección que me brindó.

A la *Mtra. Martha Maldonado Rubí* por sus ideas y aportaciones para enriquecer este estudio.

Al los maestros *Gustavo Bachá Méndez* y *Mariana Gutiérrez Lara* por sus observaciones y comentarios.

Al Lic. *Fabian Martínez Silva* por su apoyo en la parte estadística.

A las *pacientes* del hospital de la mujer sin cuya colaboración no hubiese sido posible realizar esta investigación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Por la beca recibida para cursar la maestría y poder dedicarme de tiempo completo al desarrollo de este trabajo de tesis.

Gracias CONACYT

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*

Por su apoyo como Institución.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Itzacoatl E. Carrasco Rivera
FECHA: 28 NOV 03
FIRMA: [Firma]

DEDICATORIAS

A *Dios*

Por su inmensa gracia, compasión y bendiciones hacia mí.

A la memoria de mi *Padre Fortino y de mi Madre Sofía*
porque me dieron la vida.

A mis Hermanos

Cuauhtémoc, Xochitl y Xicoténcatl quienes son ejemplo de superación personal y de éxito profesional.

A mis Sobrinos

Verónica, Cuauhtémoc, Zalik, Itzel y Arely quienes son la alegría de mi vida y que este trabajo sirva de ejemplo para que logren sus propias metas.

A mis cuñadas

Rocío y Rosa María por su afecto y amistad.

A mis amigas y amigos

De los cuales no pongo nombre porque sería injusto omitir a alguno por un olvido.

A *todas las mujeres* fuentes creadoras de inteligencia, de vida y de amor.

Nuestros pensamientos son nuestro mundo.
Una persona se convierte en aquello que piensa;
ése es el misterio eterno.
Si la mente mora en el Ser supremo,
se goza de una incesante felicidad.

Maitri Upánishad.

¿Qué es la mente? La mente no es sino la Conciencia, la Realidad primordial. Al principio la Conciencia está expandida y sin forma. Después abandona su elevado estado y se condensa en las formas concretas. Se convierte en los diversos objetos. También se convierte en la mente. Todas las cosas son la manifestación de la Conciencia. Y ya que la Conciencia no es diferente de la mente, todo es la creación de la mente. Cuando la mente se desvanece, el mundo también se desvanece. Por esta razón se dice que todo lo que vemos afuera es creación de la mente. Nosotros lo creamos, lo sostenemos y lo disolvemos. Sin embargo, gracias a que estamos ignorantes de la verdadera naturaleza de la mente, sufrimos. Entonces la mente se convierte en nuestra enemiga.

Swami Chidvilasananda

La naturaleza de la mente es convertirse en aquello en lo que se enfoca y esto es también su gloria. Uno se convierte en aquello que la mente contempla. Cuanto más quieta y concentrada se vuelve la mente, más trabajo es capaz de hacer. Cuando se controla el fluir de la mente, ésta lo puede lograr todo.

Swami Muktananda.

INDICE

	<i>Págs</i>
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
1.1 EL CANCER	5
1.2 EL CANCER DE MAMA	10
1.2.1 Clasificación Clínica	10
1.2.2 Etiología y Factores de Riesgo	14
1.2.3 Métodos de Detección del cáncer mamario	16
1.2.4 Signos y Síntomas del cáncer mamario	17
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	18
1.4 TRATAMIENTOS MÉDICOS	21
1.4.1 Cirugía	22
1.4.2 Radioterapia	23
1.4.3 Quimioterapia	24
1.4.4 Hormonoterapia	26
CAPITULO II	
2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CANCER DE MAMA	27
2.2 TRATAMIENTOS NO INVASIVOS	38
2.2.1 Relajación y Visualización de Imágenes	42
2.2.2 Retroalimentación Biológica	46

M E T O D O

3.1 Planteamiento del problema	55
3.2 Objetivo General	57
3.3 Objetivos particulares	57
3.4 Tipo de diseño	58
3.5 Tipo de Investigación	58
3.6 Hipótesis de trabajo	58
3.7 Variables	59
3.8 Tipo de muestra	61
3.8.1 Criterios de Inclusión	61
3.8.2 Criterios de Exclusión	62
3.9 Sujetos	62
3.10 Escenario	62
3.11 Instrumentos	63
3.12 Materiales	67
3.13 Procedimiento	68
Tabla de síntesis del procedimiento	74
RESULTADOS	75
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

R E S U M E N

El objetivo del presente trabajo consistió en aplicar un programa de intervención cognoscitivo conductual a mujeres con cáncer de mama, que les ayudara a reducir los síntomas de la náusea y el vómito anticipatorios asociados a la quimioterapia, así como, a disminuir la depresión y la ansiedad ante la enfermedad. El programa de intervención cognoscitivo conductual abarcó la aplicación combinada de las técnicas de Relajación profunda, Visualización de Imágenes dirigida, reestructuración cognoscitiva y Retroalimentación Biológica. Esta última técnica consistió en dar a las pacientes información verbal de los cambios fisiológicos que presentaban después de la relajación y visualización, con el fin de que logaran aprender la autoregulación fisiológica de la temperatura periférica y de la tensión arterial.

Las sesiones de intervención se llevaron a cabo en el consultorio de Psicología y en la sala de Oncología del Hospital de la mujer de la Secretaría de Salud. La muestra estuvo formada por 20 mujeres con cáncer de mama; 10 en el grupo de intervención y 10 en el grupo control. Con un rango de 35 a 56 años de edad y de nivel socioeconómico bajo. La muestra fue no aleatoria, intencional por cuota.

Los instrumentos de medición utilizados fueron; el cuestionario de ansiedad Cognoscitiva-Somática de Schwartz (CACSS), los inventarios de depresión y de ansiedad de Beck, entrevista semiestructurada, registros fisiológicos de la temperatura periférica y de la tensión arterial, autoregistros de los síntomas de la náusea y el vómito, y autoregistros de evaluación de la relajación.

Se manejó un diseño de investigación cuasiexperimental, grupo control antes y después (preprueba y postprueba). La diferencia entre los dos grupos fue probada estadísticamente. La investigación es descriptiva y correlacional.

Los resultados se presentan en dos aspectos; uno desde la perspectiva clínica y el otro por el comportamiento estadístico de los parámetros evaluados. En el primer caso se estudiaron y valoraron, algunas variables asociadas al cáncer de mama como; características relacionadas con el diagnóstico médico, antecedentes médicos personales, características familiares y reacciones emocionales ante la enfermedad. Los resultados se analizan a la luz del marco teórico general.

En el segundo aspecto, para determinar el comportamiento de las variables dependientes, es decir de la ansiedad, de la depresión, de los síntomas de la náusea y el vómito, de la temperatura periférica y de la tensión arterial, se utilizó la prueba U-Mann de Whitney, la cual arrojó diferencias significativas para todas excepto para temperatura y ansiedad. Para las diferencias por grupo, se realizó el análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon.

Los resultados obtenidos entre los grupos muestran diferencias estadísticamente significativas en el posttest; en la depresión, la náusea, el vómito, la tensión arterial y en la evaluación de relajación. Los resultados intragrupo en el grupo de intervención, indican que éste grupo logró cierta autorregulación de la temperatura periférica y de la tensión arterial. Aunque, en la temperatura periférica y en la ansiedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. El grupo control mostró un aumento en los síntomas de la náusea, el vómito y la depresión. Este grupo no tuvo autorregulación de la temperatura periférica ni de la tensión arterial.

Se puede concluir en este estudio que la aplicación combinada de técnicas cognoscitivo conductuales como la relajación, la visualización dirigida y la retroalimentación biológica, sí tuvieron efectos de disminución de la depresión y reducción de los síntomas de la náusea y el vómito en el grupo de intervención.

INTRODUCCION

La Psicología de la salud es el campo, dentro de la Psicología, que impulsa la formación del psicólogo en la investigación y en la aplicación de varias técnicas psicológicas para la prevención y el tratamiento de diversos problemas de salud.

La participación del psicólogo abarca todo el continuo del proceso salud-enfermedad, dentro de los diferentes niveles de prevención e intervención, como:

En el nivel primario, la promoción y fomento a la salud.

En el nivel secundario, la detección temprana del daño y su manejo oportuno.

En el nivel terciario, la disminución del daño o secuelas derivadas de la enfermedad.

Mediante la investigación en la Psicología de la salud, se ha encontrado que los factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las etapas de la salud y enfermedad, cubriendo desde aquellas conductas y estados que mantienen a la gente sana hasta aquellas que producen enfermedades debilitantes, severas y de largo plazo, como las crónico-degenerativas. A ésta posición se le ha denominado el **modelo Biopsicosocial**, el cual es un marco de referencia guía tanto para la investigación, como para la práctica clínica (Matarazzo, 1980).

De acuerdo a los reportes de diversas investigaciones (Latorre y Beneit, 1994), se ha visto que en la práctica de la Psicología de la salud, dentro del ámbito hospitalario, se han obtenido beneficios como:



- Disminución del tiempo de recuperación postquirúrgico.
- Disminución del uso de medicamentos.
- Mayor grado de adherencia terapéutica.
- Mejora en la relación costo-beneficio de los sistemas de salud.

La Psicología de la salud se define, como la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias (Matarazzo, 1980).

En la actualidad, un porcentaje alto de la población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del sistema sanitario. Estos trastornos varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial de la audición, hasta enfermedades graves como el cáncer, los trastornos cardiovasculares o la diabetes.

El diagnóstico de una enfermedad crónica produce con frecuencia un fuerte impacto emocional en el paciente. La perplejidad y desorientación que surgen como consecuencia del diagnóstico inicial, hacen imposible que los pacientes puedan darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida. Así, pueden aparecer como paralizados e incapaces de reaccionar ante la nueva situación. Las emociones que más frecuentemente surgen en esta fase inicial de desorientación son la negación y el miedo. Más tarde pueden aparecer la depresión y la ira.



Las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad crónica no ocurren según una secuencia predeterminada, pueden aparecer en cualquier momento del proceso de adaptación. Estas reacciones emocionales son, tal y como han señalado Cohen y Lazarus (1979), completamente normales y cuya ausencia se encuentra asociada a una recuperación más lenta y problemática.

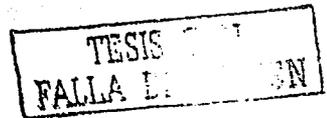
La psicología de la salud tiene como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos de la psicología científica desde diferentes campos psicológicos (psicología de la personalidad, psicología cognoscitiva, psicología social, modificación de conducta, etc.) para tratar los problemas relacionados con la salud-enfermedad.

La psicología cognoscitiva se interesa específicamente en los procesos del pensamiento; por ello, una técnica cognoscitiva-conductual tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento (Rimm y Masters, 1993).

Las técnicas de Reestructuración cognoscitiva, Relajación profunda y Visualización de imágenes aunadas a la Retroalimentación Biológica, han sido utilizadas en el tratamiento de la enfermedad para lograr cambios cognoscitivos y emocionales favorables para los pacientes (Bayés, 1985; Chopra, 1994; Flórez, 1994; Latorre, 1994; Linchitz, 1993; Pellicer, 1994; Simonton, 1994).

La Retroalimentación Biológica es una herramienta útil para enseñar y aprender habilidades de autorregulación de respuestas fisiológicas, su meta es el generar cambios en ciertas funciones bajo control consciente, para mejorar el estado de salud.

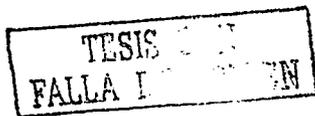
Mientras la relajación permite estabilizar las funciones autónomas del organismo, la visualización de imágenes, que entra dentro del campo de la psiconeuroinmunología, "toma



el control del sistema nervioso simpático y ayuda al sistema inmunitario” Las pacientes adquieren habilidades psicofisiológicas para reducir la activación del sistema simpático y disminuir así, la tensión emocional, la ansiedad y la depresión (Rimm y Masters, 1993).

Una tarea importante del psicólogo que pretende ayudar a un paciente con cáncer, es conseguir que, en alguna medida, pueda tener control sobre la situación en que se encuentra.

Una forma de aumentar su percepción de control puede ser, el proporcionarle el aprendizaje de técnicas cognoscitivo-conductuales que le ayuden a alcanzar un mayor grado de autoconfianza y autonomía que contribuirá a disminuir su estrés, y a incrementar las defensas de su organismo, logrando así, un mejor afrontamiento de la enfermedad, una participación activa en su propio tratamiento y un mantenimiento de la salud psico-emocional. La realización de esto es el propósito de la presente investigación.



CAPITULO I

1.1 EL CANCER

Bautizado por el médico griego Hipócrates alrededor del año 400 a.c., incluye un grupo de aproximadamente 150 padecimientos que se pueden producir en cualquier parte del cuerpo. Sin embargo, todos los tipos de cáncer tienen una característica común: el crecimiento incontrolado de las células.

Las células son las unidades básicas del crecimiento y el desarrollo biológico de todos los seres vivos. Cada una contiene los genes, que son las huellas que determinan cada rasgo físico, bioquímico y fisiológico, desde el color de los ojos hasta la resistencia a las enfermedades. Los genes también controlan y programan la división celular y se heredan de padres a hijos. Normalmente, las células se duplican de manera constante: una célula se convierte en dos, cada una con un código genético; dos se convierten en cuatro; cuatro, en ocho; ocho, en dieciséis; y así sucesivamente. A medida que se forman las nuevas células, mueren las células originales. Por razones que aún se desconocen, aproximadamente una vez cada millón de divisiones, una célula hija se separa con un código genético alterado, o impresiones erróneas (Tubiana, 1989).

El cáncer se produce cuando por alteraciones (mutaciones) en el material genético se desorganizan la estructura y la función de la duplicación celular. La mayoría de las células normales llevan varios genes conocidos como protooncogenes, término derivado del griego *onkos*, que significa masa o tumor. Generalmente se les considera aliados de la salud, ya que propician la formación y la división celular. O bien, pueden no ejercer influencia alguna

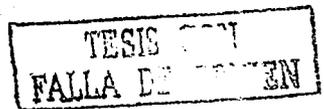


durante la vida normal de la célula. Sin embargo, en determinadas circunstancias, los protooncogenes pueden activarse y volverse oncogenes que propician la conversión de las células normales en células cancerosas. Los agentes carcinógenos, por lo general son los responsables de esa transformación (Ganong, 1990).

Una vez producida la célula cancerosa, la enfermedad debe eludir diversos mecanismos defensivos y curativos para afianzarse. El sistema inmunológico del cuerpo por lo general puede reconocer y eliminar a las errantes células cancerosas antes de que se extiendan o formen un tumor. Este sistema, complejo e intrincado, funciona bien la mayor parte del tiempo. Sin embargo, una serie de factores -consumo excesivo de grasas, estrés y depresión, medicamentos inmunosupresores- pueden deteriorar la respuesta inmunológica, lo que permite a las células cancerosas eludir a esta precaria fuerza defensiva (Sidney y Moshe, 1995).

En sentido literal, neoplasia significa "nuevo crecimiento" o "neoformación" y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia. Esta se define como una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede el de los tejidos normales. Esta masa anormal carece de finalidad, hace presa del huésped en cuanto a la nutrición, respiración y el riego sanguíneo, además de que muchas neoplasias necesitan incluso de soporte endócrino.

Cáncer es un término genérico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos anormales o diseminarse a otros órganos (metástasis). El grado de malignidad de un cáncer se basa en la propensión de estas células a invadir y a diseminarse a distancia.



Los calificativos benignos y malignos, según se aplican a las neoplasias, tienen deducciones clínicas. La designación de benigno significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se disemina por el cuerpo (no es metastásico) y es susceptible de extirpación con cura del paciente. En cambio, casi todas las neoplasias malignas tienen las potencialidades de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo que origina la muerte (Tubiana, 1989).

Existen varios tipos de crecimiento proliferativo de las células (De vita, Helman y Rosenberg, 1984):

Hiperplasia:

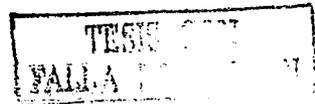
Hiperplasia significa un incremento del número de células, en contraste con "hipertrofia", que significa un incremento del tamaño de las células u órganos. La hiperplasia puede ser patológica cuando excede el nivel necesario, en grado y duración, para mantener o restablecer la estructura, tamaño y función normal del tejido

Metaplasia:

Significa un proceso reversible en el cual un tipo de célula diferenciada es sustituida por otra. Aunque la metaplasia origina una distribución ordenada de células, normalmente puede a veces producir patrones desordenados. Es decir, células variando el tamaño, forma, orientación entre una y otra. La metaplasia atípica resultante, que representa un paso hacia la displasia, se encuentra ocasionalmente en inflamaciones crónicas.

Displasia:

La displasia consiste en una pérdida del orden y disposición normal de las células.



Anaplasia:

El término se utiliza para denotar la ausencia de diferenciación celular, y rara vez se encuentra, excepto en neoplasias malignas.

Neoplasia:

Esta caracterizada por una proliferación celular que excede y que no esta coordinada con el crecimiento normal y que persiste a expensas del huésped.

El cáncer metastatiza a distancia sembrando las cavidades corporales a través del transporte por vasos sanguíneos y linfáticos, o trasplantes mecánicos o quirúrgicos directos. Aunque estos atributos son comunes a las células cancerosas en general, varían según los tipos de cáncer, y en cada cáncer, según el estadio de desarrollo.

Con el tiempo las neoplasias tienden de manera progresiva a la autonomía o a la malignidad, proceso conocido como progresión tumoral. Este fenómeno implica que el cáncer podría desarrollarse paso a paso a través de una sucesión de estadios, comenzando como un crecimiento relativamente benigno y terminando como uno altamente maligno.

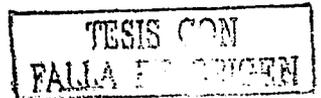
Pese a que existen más de 150 diferentes tipos de cáncer, se clasifican de acuerdo con cuatro grupos principales (Sidney, 1995):

1. *Los carcinomas*, que proceden del tejido epitelial que cubre piel, boca, garganta, pulmones, conducto gastrointestinal, el cuello del útero y los senos.
2. *Los sarcomas* afectan a los huesos y al tejido conjuntivo o blando que conecta, sostiene o rodea a otros tejidos y órganos. Los sarcomas de tejido duro se forman a partir de los huesos y los cartílagos; los sarcomas de tejido blando, en músculos, tendones, tejidos

fibrosos, grasa y revestimiento de pulmones, abdomen, corazón, sistema nervioso central y vasos sanguíneos.

3. *Las leucemias* se desarrollan en el tejido sanguíneo y el tejido hematopoyético, como la médula ósea y el bazo.
4. *Los linfomas*, clasificados como enfermedad de Hodgkin o linfomas no Hodgkin, atacan al sistema linfático, que es una red de vasos y ganglios que irrigan a los tejidos del cuerpo y ayudan a combatir infecciones eliminando bacterias, virus, células muertas y otros agentes nocivos.

En el caso de cáncer de mama, ésta es una glándula; lo mismo que las tiroides, difiere mucho con respecto a los órganos de conducción y absorción del tubo digestivo, y de los que forman las vías respiratorias. Las mamas secretan grandes cantidades de sustancias nutritivas durante periodos relativamente breves (lactación). Para cumplir esta enorme transformación periódica, sus tejidos son muy sensibles a las hormonas, con una reactividad quizá más alta que la de cualquier otro tejido, excepto el útero. Como es de esperar, el cáncer mamario refleja las características de su tejido de origen y está en íntima e importante relación con el sistema endocrino (Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci y Kasper, 1996).



1.2 EL CANCER DE MAMA

Las etapas del cáncer de mama funcionan sobre una base clásica, acordes al examen físico, así como de laboratorio y de evaluación radiológica. Estas etapas se refieren a grupos de pacientes acordes a la extensión de su enfermedad, el tratamiento de elección para cada paciente en forma individual, estimando su pronóstico, y comparando los resultados de diferentes programas de tratamientos.

El sistema de clasificación más amplio usado en clínica es el adoptado por la Unión Internacional contra el cáncer. Se basa en el tumor-nódulos-metástasis (TNM), ("Consenso Nacional," 1995).

1.2.1 Clasificación Clínica

Tumor (T)

T0 Sin evidencia de tumor primario.

Tis Carcinoma *in situ*.

T1 Tumor de 2 cm o menos.

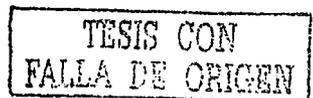
T1a Hasta 0.5 cm.

T1b De 0.5 a 1 cm.

T1c De 1 a 2 cm.

T2 Tumor de 2 a 5 cm.

T3 Tumor mayor de 5 cm.



T4 Tumor de cualquier tamaño pero con invasión a la pared torácica o piel (se excluye la invasión al músculo pectoral).

T4a Extensión a la pared torácica.

T4b Edema o ulceración de la piel o presencia de nódulos satélites.

T4c Ambos (T4a y T4b).

T4d Carcinoma inflamatorio.

Nódulos (N)

N0 Sin evidencia de metástasis regionales.

N1 Metástasis a ganglio o ganglios axilares ipsilaterales móviles.

N2 Metástasis a ganglio o ganglios axilares ipsilaterales adheridos entre sí o a otras estructuras.

N3 Metástasis a ganglio o ganglios ipsilaterales de la cadena mamaria interna.

Metástasis (M)

M0 Sin evidencia de metástasis a distancia.

M1 Metástasis a distancia, incluyendo los ganglios supraclaviculares homolaterales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estadios

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
IIB	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-N2	M0
IIIB	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La clasificación TNM sigue siendo la más adecuada para valorar el pronóstico. En particular, el tamaño del tumor y la presencia o no de ganglios axilares metastásicos tienen un valor indiscutible. El cáncer de mama que no recibe tratamiento se extiende primero a los ganglios linfáticos de la axila. En estadio avanzado, se metastatiza a otras partes del cuerpo como huesos, pulmones, hígado y cerebro.

Estadio	Tasa de Supervivencia a los 5 años.
0	95%
I	85%
II	66%
III	41%
IV	10%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2.2 Etiología y Factores de Riesgo

La etiología del cáncer mamario es multifactorial, intervienen factores genéticos, endocrinos, socioculturales, fisiopatológicos, etc. Los factores de riesgo en cáncer mamario han sido investigados desde diferentes aspectos epidemiológicos, resultando algunos factores más importantes que otros. Según señalan los investigadores, es la interacción de diferentes variables la que permite identificar a una paciente en un grupo de alto riesgo para cáncer mamario (Henderson, 1997; Hollander, 1997; Mahler, 1999; Mcpherson, Steel y Dixon, 2000; Paredes, 1991; Rothenberg y Barrett, 1998).

Factores de Riesgo

- Edad, mujeres mayores de 40 años

Factores de Riesgo Hereditarios

- Herencia, la incidencia se duplica en mujeres cuya madre o hermana tuvieron cáncer.

Factores de Riesgo relacionados con los antecedentes clínicos personales

- Menarca precoz, antes de los 12 años.
- Menopausia tardía, después de los 50 años.
- Nuliparidad.
- Primer parto después de los 30 años de edad.
- Cualquier trastorno médico que requiera grandes dosis de radiación en el tórax.
- No lactancia (algunos autores informan que la lactancia ejerce un efecto protector contra el cáncer mamario).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Terapia de sustitución de hormonas.
- Uso de anticonceptivos orales (la ingesta prolongada conduce a cambios de hiperplasia en el epitelio vaginal, cervical y mamario).
- Patología previa de la mama, confirmada con biopsia:

Hiperplasia moderada (incremento anormal en el crecimiento de las células).

Papiloma con núcleo fibrovascular (tumor benigno que se desarrolla en la piel o en los conductos, compuesto de tejido fibroso y vasos sanguíneos).

Hiperplasia atípica (lesión limítrofe en los conductos o en los lóbulos del seno).

Mastopatía fibroquistica (los reportes en la literatura la refieren como dos veces más las posibilidades de cáncer mamario para esta entidad).

Factores relacionados con la forma de vida

- Obesidad (40% o más del peso ideal).
- Abuso de alcohol (más de dos copas diarias).
- Dieta con alto contenido de grasas (grasas polisaturadas, con alto contenido de ácido linoléico al que se conoce como precursor de las prostaglandinas y que actúan como mediadores en la génesis tumoral).
- Vida sedentaria.
- Estrés.

1.2.3 Métodos de Detección del cáncer mamario

El diagnóstico temprano del cáncer mamario es fundamental para la curación y pronóstico de las pacientes. Se establece mediante la triada de la historia clínica, el autoexamen y la mamografía. La identificación de los factores de riesgo en la historia clínica es fundamental para la detección del cáncer mamario. Una de cada tres pacientes con esta neoplasia presenta factores de riesgo que orientan a una investigación clínica más amplia. El porcentaje de error diagnóstico de la mamografía es del 10%. El examen físico y la mamografía tienen un alto índice de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del cáncer mamario y los mejores resultados se obtienen cuando se asocian ambos métodos (Paredes, 1995).

El autoexamen de los senos reviste una importancia primordial para la detección de este cáncer en sus primeras fases. Cuando el tumor es pequeño y no muestra evidencias de propagación, las oportunidades de curación y supervivencia son altas. Si se deja pasar varios meses entre el momento en que se descubre una señal sospechosa y la primera visita al médico, este periodo de demora puede permitir que la enfermedad localizada disponga de tiempo suficiente para convertirse en una enfermedad propagada (Lee, 1996).

El autoexamen debería convertirse en un hábito saludable y esencial en las obligaciones de toda mujer, para su propio bienestar, desde la juventud. El autoexamen del seno es, por lo tanto, la mejor seguridad contra la invasión del cáncer. No cuesta nada, lleva poco tiempo y es de fiar.

Si la palpación o la mamografía revelan una masa sospechosa, el cirujano hace una biopsia, que es el método definitivo para diagnosticar un tumor maligno. Existen varios tipos: de

aspiración con aguja delgada, con aguja de núcleo, incisional, excisional, localización mamográfica con biopsia y biopsia estereotáctica (Sidney, 1995).

1.2.4 Signos y Síntomas del cáncer mamario

Los senos de la mujer, que están sujetos a la pared torácica mediante ligamentos, están formados casi totalmente por una mezcla de tejido glandular y grasa dividida en 20 lóbulos y subdivisiones más pequeñas denominadas lobulillos. Un racimo de glándulas de forma hemisférica o cónica secreta leche, mientras que un sistema ramificado de conductos la almacena y canaliza al pezón, que está rodeado por piel más oscura llamada aréola. Los senos, además de ser símbolo importante de femineidad, funcionan como órganos sexuales secundarios así como fuente de alimentación en los meses posteriores al parto.

Las señales de alarma del cáncer mamario rara vez se asocian a dolor y, a diferencia de muchos tipos de cáncer, por lo general se pueden ver y palpar externamente, como los siguientes síntomas (Sidney, 1995):

- Una protuberancia persistente o un engrosamiento en el seno o la axila.
- Cambio en el tamaño o contorno del seno.
- Cambio de color del seno o aréola.
- Formación de hoyuelos, rugosidades, escamaciones o cambios similares en la textura de la piel.
- Secreción anormal de los pezones.
- Retracción o escamosidad del pezón.
- Dolor no asociado a la menstruación.

1.3 EPIDEMIOLOGIA

En el siglo actual, el cáncer ha llegado a convertirse en un problema de salud para toda la humanidad. A partir de 1965, las tendencias de mortalidad de las enfermedades crónico degenerativas en México han mostrado un patrón ascendente. Del noveno lugar que ocupaban en 1957, han pasado al tercero en 1988, y al primero en 1995. Al comparar las 20 principales causas de mortalidad entre 1950 y 1995, se observa una disminución considerable en las ocasionadas por enfermedades transmisibles y un incremento importante en las crónico degenerativas y las derivadas de accidentes y violencia. A este fenómeno se le ha llamado la transición epidemiológica (García, 1997).

Los resultados del registro hospitalario del Instituto Nacional de Cancerología de México, presentan en promedio 400 nuevos casos de cáncer de mama por año, representando el 22% de todos los tumores malignos en mujeres y por frecuencia ocupan el segundo lugar, el primero lo ocupa el cáncer cervicouterino (Mohar, 1993).

En el hospital de la mujer de la secretaria de Salud, durante los años 1995 y 1996 se presentaron un total de 240 casos aproximadamente de cáncer de mama (Hospital de la mujer, 1997).

El cáncer de la glándula mamaria en la mujer ocupa el segundo lugar en mortalidad en nuestro país. Corresponde al 9% de todas las neoplasias y al 15% de los tumores malignos que afectan al sexo femenino. La frecuencia del cáncer mamario aumenta conforme a la

edad; con base en esto y si se considera que la expectativa de vida en la mujer mexicana es de 72 años, puede esperarse que el número de casos se incrementará en forma importante en las próximas décadas. Algunas instituciones oncológicas del país señalan que el cáncer mamario ha superado al cervicouterino en frecuencia y en mortalidad. Lo más preocupante en nuestro medio es que el 50% de las enfermas con cáncer mamario se diagnostican en estadios clínicos avanzados (III y IV). A diferencia de otros países, como los Estados Unidos de Norteamérica, donde la enfermedad es diagnosticada en estadios I y II en el 80% de los casos. Esto es una muestra de un insuficiente conocimiento de los médicos sobre este tema y de la carencia de información de la población en general, por lo que se recomienda ("Cons. Nal.," 1995):

1. Una mayor participación de los oncólogos del país en las actividades relacionadas con las campañas educativas y de detección temprana del cáncer mamario.
2. Promover en las facultades de medicina se instruya a los estudiantes en la exploración mamaria y en los métodos de detección oportuna.
3. Efectuar continuamente campañas informativas, principalmente relacionadas con la autoexploración mamaria, a través de los medios masivos de comunicación.

Desde el punto de vista de la Psicología de la salud, resulta de gran interés el realizar estudios para evaluar el grado de conocimientos y las creencias que tiene un sector de la población sobre el cáncer de mama, e identificar cómo repercuten en su forma de actuar, por ejemplo, identificar las principales razones por las cuales algunas mujeres no asisten o no asistieron, ya declarada la enfermedad, a un centro de salud para la detección precoz del

cáncer de mama. Esto permitiría desarrollar estrategias de intervención preventivo-educativas más directas, lo que llevaría también a poder incidir mejor sobre los aspectos psico-emocionales de la población con respecto a las creencias sobre el cáncer y su curabilidad, los temores y el proceso de atribución social, así como, trabajar en la esfera conductual y actitudinal (Durán, Becerra y Torrejón, 1989).

Por lo anterior, cabe pensar en el desarrollo de una concepción de salud integral, en la cual además de valorar las causas biológicas y los factores de riesgo ambientales y externos al sujeto, se haga lo propio con el estado psíquico, en especial con las creencias y actitudes de las personas acerca de una enfermedad crónica degenerativa, como es el cáncer mamario. Ya que las creencias tienden a ser muy fuertes, y pueden llegar a ser importantes **“factores de riesgo psicológico”** que afecten la conducta, en el sentido de que inhiban la búsqueda de atención médica para una detección temprana del cáncer mamario.

Como señala Durán (1995), el psicólogo es un recurso humano importante, en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y, además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud.

La influencia de la Psicología de la Salud es tan decisiva que no sólo se convertirá en una herramienta para el Psicólogo, sino también para cualquier profesional de la salud, partiendo del hecho de que el Psicólogo debe ser al riesgo lo que el médico ha sido hasta ahora para el daño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4 TRATAMIENTOS MEDICOS

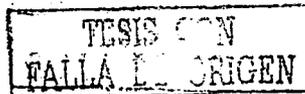
El primer tratamiento para el cáncer fue la cirugía, pero en la actualidad, la radioterapia y la quimioterapia desempeñan un papel importante. La supervivencia a los cinco años constituye un criterio aceptable de remisión.

Desde hace alrededor de 15 años se demostró que la utilización de tratamientos adyuvantes al manejo locorregional mejoraba las posibilidades de curación de las enfermas con factores pronósticos adversos (ganglios metastásicos, permeación linfática, alto grado nuclear, etc.). Simultáneamente, se demostró que la combinación de cirugía y radioterapia hace factible que la magnitud de la cirugía se reduzca, manteniendo las mismas posibilidades de curación; con esa base se difundió la práctica del tratamiento conservador de la mama (Butler, Hoffmann, Kneusel y Schapira, 2000).

En estadios III, la utilización de quimioterapia neoadyuvante ha modificado positivamente las probabilidades de supervivencia libre de enfermedad, pasando de 25% a 50%.

Las pacientes con metástasis a distancia también han sido beneficiadas por el tratamiento sistémico, tanto con la quimioterapia como con el manejo hormonal, lo cual, en la mayoría de las pacientes, a permitido mejorar la calidad de vida y la supervivencia global ("Cons. Nal.," 1995).

El objetivo de las tres grandes disciplinas terapéuticas es eliminar la totalidad de células cancerosas y dejar el menor número posible en los tejidos sanos contiguos, ya que con un reducido número de ellas es posible causar una recaída.



1.4.1 Cirugía

Su objetivo es extirpar el tumor y sus posibles prolongaciones en los tejidos contiguos. El tratamiento local de la neoplasia debe decidirse después de analizar los factores pronósticos más importantes: tamaño del tumor y subtipo histológico. Esto requiere de trabajo conjunto del cirujano, el patólogo y el radiólogo ("Cons. Nal.," 1995; Sidney, 1995).

En el cáncer de mama se consideran los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- *Lumpectomía* - Es el procedimiento menos invasivo para extirpar el tumor canceroso localizado. También se extirpan los ganglios linfáticos de la axila, y después se aplica radiación y/o quimioterapia.
- *Mastectomía parcial* - Se extirpa el tumor, al igual que un pequeño borde de tejido sano referido como márgenes negativos. La mayoría de las pacientes reciben radioterapia después.
- *Mastectomía total* - Se extirpa el seno y a veces varios ganglios linfáticos.
- *Mastectomía radical modificada* - Se extirpan el seno, los ganglios linfáticos axilares y el revestimiento de los músculos del tórax.
- *Mastectomía radical* - Se extirpa el seno, los músculos del tórax (el pectoralis mayor), todos los ganglios linfáticos axilares, y la grasa y la piel adicionales.

Existen consecuencias o efectos secundarios que son comunes en la mayoría de las cirugías. Si se extirpan algunos ganglios linfáticos de la axila, se tendrá un grado de entumecimiento en el brazo y períodos de sensibilidad. Si se quitan todos los ganglios linfáticos de la axila y/o son tratados con radioterapia, se presentará el padecimiento llamado *linfedema*, el cual

consiste en la inflamación del brazo debido a la retención de líquidos. Este padecimiento afecta al 10% de las pacientes durante muchos años después de la operación (Lee, 1996).

1.4.2 **Radioterapia**

Es un tratamiento loco-regional, al igual que la cirugía, su ventaja principal es que permite evitar o limitar el uso de cirugía. La acción de la radioterapia consiste en dañar el sistema de reproducción de las células, lo que les imposibilita reproducirse; cuanto mayor es la dosis mayor es el número de células que ataca.

La eficacia de la radioterapia depende de su calidad en el plano clínico (eligiendo el o los volúmenes a irradiar, es decir, localizando el tumor y delimitando los tejidos en los cuales pudo propagarse) y de la técnica (al establecer y ejecutar el plan de irradiación).

En la radioterapia complementaria al tratamiento quirúrgico de la mama, se utiliza cobalto o acelerador lineal a toda la mama anatómica, se administran 4000 a 5000 Rads por 4 a 5 semanas. Se recomienda que el tratamiento con radioterapia se inicie antes de la decimosexta semana posterior a la cirugía ("Cons. Nal.," 1995; Hernández, 1991).

La radioterapia produce algunos efectos secundarios como:

- Cambios en la piel; resequedad, inflamación, dolor, decoloración y sensibilidad.
- Depresión y fatiga.
- Pérdida del apetito.
- Engrosamiento en el lugar donde el seno recibió la radiación.

1.4.3 Quimioterapia

Actúa sobre todo el organismo y afecta a las células cancerosas donde sea que se encuentren, esto es una de sus ventajas. Sin embargo, tiene el inconveniente de actuar sobre todos los tejidos sanos, lo que aumenta la toxicidad. Debido a la gravedad de los efectos tóxicos, generalmente las sesiones se llevan a cabo cada 21 días a fin de que los tejidos sanos tengan tiempo para recuperarse. La quimioterapia se indica al haber ganglios axilares positivos, un tumor muy agresivo o receptores hormonales negativos. Cuando hay menos de 4 ganglios metastásicos, se administra Ciclofosfamida, Methotrexate y 5-Fluorouracilo (5 FU). Con más de 4 ganglios metastásicos, se agrega la Vinicristina y Adriamicina. Los diferentes esquemas se emplean de una forma variada en los Centros Oncológicos, y su indicación depende de múltiples factores, sobre todo en lo que se refiere al número de ganglios metastásicos (Hernández, 1991; Isselbacher et al. 1996).

Efectos secundarios:

- Náuseas y vómito en las primeras 48 horas.
- Pérdida temporal del cabello.
- Interrupción de la menstruación.
- Constipación o diarrea.
- Depresión y fatiga.
- Bochornos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los fármacos empleados en el tratamiento quimioterápico del paciente oncológico producen con frecuencia náuseas y vómitos, siendo éste uno de los efectos secundarios más aversivos que debe soportar el enfermo tratado con quimioterapia. La aparición de las náuseas y vómitos se produce a través de la estimulación tanto directa como indirecta de dos estructuras del bulbo raquídeo: el centro del vómito y la zona quimiorreceptora gatillo del vómito. Esto es, existe un mecanismo neurofisiológico que da cuenta de estos fenómenos aparecidos tras la administración del fármaco, presentando el paciente un cuadro más grave de náuseas y vómitos cuanto mayor sea el potencial emético del fármaco empleado. Sin embargo, en un porcentaje importante de enfermos sometidos previamente a algunas sesiones de quimioterapia, se detecta la aparición de este cuadro de náuseas y vómitos unos minutos, horas o incluso días antes de la administración del tratamiento, en circunstancias en las que puede descartarse la presencia de agentes eméticos en el organismo del paciente. En tales casos, los mecanismos neurofisiológicos mencionados son insuficientes para explicar el trastorno, ya que no se conoce en este caso ninguna estimulación química de los centros reguladores del vómito. A este trastorno se le ha denominado náuseas y vómitos anticipatorios por no guardar una relación temporal con la administración del fármaco. Frecuentemente se emplea como sinónimo el término de náuseas y vómitos condicionados puesto que se atribuye su génesis a un proceso de condicionamiento pavloviano (Henderson, 2000; Pellicer, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4.4 Hormonoterapia

La hormonoterapia puede ser ablativa o aditiva. La ablativa consiste en la ooforectomía (extirpación de uno o, los dos ovarios). Este tratamiento se basa en que si el tumor tiene dependencia hormonal, puede controlarse con ésta. Mediante la ooforectomía se obtienen buenos resultados en algunas pacientes con receptores estrogénicos positivos en el tumor.

La hormonoterapia aditiva, utiliza medicamentos como el tamoxifén, antiestrógeno cuyo mecanismo de acción consiste en bloquear los receptores de estrógenos, de tal forma que la hormona no pueda unirse a ellos. El Tamoxifén se ha usado más bien en postmenopáusicas y es un eficaz tratamiento en algunas pacientes con enfermedad diseminada (Isselbacher et al. 1996).

Efectos secundarios:

- Sangrado postmenopáusico.
- Síntomas menopáusicos como bochornos
- Presión sanguínea elevada.
- Náuseas.
- Aumento de peso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

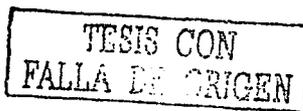
CAPITULO II

2.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL CANCER DE MAMA

Desde el punto de vista psicológico, los factores de riesgo psicológico aumentarían la predisposición a contraer el cáncer. Varios autores (Cederborg y Freinkel, 1999; Flórez, 1994; Latorre, 1994; Schavelzon, 1978; Sidney, 1995; Simonton, 1994), han investigado la relación entre el aspecto psicológico y el cáncer. Estos estudios sostienen que los trastornos hormonales pueden influir en la eclosión de un carcinoma y que estos trastornos hormonales pueden producirse por trastornos emocionales. Plantean una importante cuestión: si bien existen numerosos agentes cancerígenos, la célula debe estar receptiva y en esa etapa intervendría en forma definitiva el estado psíquico del individuo. También se ha encontrado que la influencia de estrés psíquico ante una pérdida sentimental grave, por ej., la muerte de un cónyuge, predispone a la enfermedad. Existe un periodo de 6 meses a 8 años entre el "accidente traumático y psíquico" y la eclosión del cáncer. Asimismo, la imposibilidad de descargar la ira directamente y prolongados problemas familiares, se asocian a una mayor incidencia del cáncer de mama en mujeres con "inestabilidad emocional".

Se han encontrado correlaciones significativas entre la depresión y el cáncer de mama, puntajes altos en la escala de depresión del Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (Golden, Gersh y Robbins, 1992).

Ciertos estados emocionales como una ansiedad crónica y varios eventos estresantes de la vida, pueden también predisponer al cáncer de mama (Brannon y Fesit, 1992; Flórez, 1994).



Extensos estudios de mujeres afectadas de cáncer de mama revelan que existen dificultades muy reales para adaptarse a la enfermedad y al tratamiento (Bayés, 1985; De la Parra y Fodor, 1992; Espinosa, González y Navarrete, 1991; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Flórez, 1994). Los ejemplos de reacciones ante la enfermedad incluyen ideas de suicidio, angustia intensa, ansiedad, depresión, cambios de humor y de conducta, abuso de los tranquilizantes, retraimiento, silencio, aislamiento.

La aparición de la enfermedad del cáncer va a suponer al paciente oncológico importantes conflictos a nivel personal, familiar y social. Por una parte, hay una fenomenología social del cáncer que sitúa la enfermedad en paralelo con la muerte y provoca en el paciente un proceso de impotencia y sensación de pérdida, con temor y frustración. Por otra parte, esta enfermedad se asocia a graves efectos corporales que, junto con los tratamientos que requiere, provoca rechazo y sensación de inseguridad personal.

En el momento del diagnóstico, la mayoría de las veces el médico no informa todos los pormenores de la enfermedad, y muy pocas pacientes preguntan claramente sobre su enfermedad, su pronóstico, los efectos de los tratamientos, la dieta adecuada a seguir, etc. Su posición en esos momentos es de apatrosidad, una posición de miedo, "un querer ignorar", "un no querer saber" sobre la enfermedad por la sensación angustiosa que les invade y les hace quedar en una espera de acontecimientos.

En esos momentos iniciales de la enfermedad, aparece como una evaluación de su vida y, según su edad y su estructura personal, las respuestas van a ser diferentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En pacientes de una edad más avanzada, de 55 años en adelante, suele darse una respuesta de inhibición, como de resignación y de asociación con la cuestión imaginaria de su edad y de la cercanía de la vejez y la muerte.

En paciente más jóvenes, se da una respuesta de angustia, pudiendo derivar hacia una posición de mayor implicación en su proceso de enfermedad, pudiendo disponerse a la actividad en mayor grado que a la pasividad, manifestando una "voluntad de lucha" para vencer a la enfermedad.

La posición que puedan adoptar va a ser determinante en la evolución del tratamiento; según su estado emocional, se van a dar diversas reacciones a los tratamientos, depresiones, vómitos, náuseas, etc., tomando en cuenta que los estados emocionales inciden en el sistema inmunológico y neuroendocrino de la enferma (Ferrero et al., 1995; Latorre, 1994).

Una gran mayoría de pacientes tienen una disposición a soñar, a partir del inicio de la enfermedad se da una importante actividad onírica, con gran aparición de pesadillas que son producto de la tensión que genera la enfermedad y la sensación de inestabilidad personal en que se encuentra la paciente. También se da mucha dificultad en dormir, con bastantes problemas de insomnio y con tendencia a despertar varias veces durante la noche. La paciente puede asociar el hecho de dormir, el hecho de perder la consciencia, con el hecho de la idea de la muerte derivada de la asociación con la enfermedad, no queriendo perder el control y queriendo mantener un estado de vigilia en todo momento con la enfermedad.

En casi todas las pacientes, hay una variabilidad en su estado emocional, aunque sin una motivación consciente que les sea clara. El malhumor y la irritabilidad son especiales, ya que

sin ser respuesta a nada concreto, es la respuesta a la sensación de desubicación que sienten a partir de la enfermedad. En su entorno familiar es donde más se dan estas manifestaciones. La actividad tiende a disminuir a causa, en principio, por el estado físico y después también por el estado psíquico. Hay una pérdida generalizada de intereses debida a la desubicación personal (Flórez, 1994; Cederborg, 1999).

Con respecto a las relaciones familiares al descubrirse la enfermedad, muchas veces se da una depresión familiar y la enfermedad pasa a funcionar como "secreto a voces familiar". Hay un cambio de actitud de la familia respecto de la paciente, generalmente con más manifestaciones de afectividad, pero esto se produce con un silencio sobre el tema de la enfermedad. Todos se llenan de angustia y lo emocional provoca un "pacto implícito de silencio". Rara vez se encuentra un espacio familiar para hablar de la enfermedad y de las sensaciones que provoca; esto va a producir un desplazamiento sintomático de la tensión y la producción de otros síntomas, tanto en la paciente como en los miembros familiares (Flórez, 1994).

Las sensaciones que produce la enfermedad acaparan, en principio, todas las vivencias de la paciente y la sexualidad también sufre un desplazamiento. Por la localización de este cáncer, en el seno, se establece una vinculación directa con las zonas erógenas y con la imagen corporal. A partir de la enfermedad se da una sensación de pérdida en la posición personal de deseo y, sobre todo, en el ser deseada. Entra en cuestión el posible grado de pérdida de femineidad. Estos aspectos a veces se dan a nivel inconsciente, y suponen duda en la relación

con los demás, en especial con la pareja, cuestionándose el valor que ella le confiere y el que le confiere su pareja a la enfermedad, a su "falla" en el cuerpo.

Al principio la sexualidad sufre una "suspensión" quedando como "fuera de lugar". En algunas pacientes se ha observado que se da imaginariamente una asociación entre actividad sexual y causa de la enfermedad; también han establecido asociación entre actividad sexual y empeoramiento (Latorre, 1994; Lee, 1996).

La mama está dotada de un gran simbolismo, por lo que su amputación tiene un innegable impacto psicológico, la reacción más comúnmente aceptada por los autores (De la Parra, 1992; Espinosa, 1991; Flórez, 1994; Golden, 1992; González, 1988; Henderson, 2000), es la depresión, que es considerada por unos, como un constructo de la personalidad y por otros como una respuesta a la enfermedad y su tratamiento, que forma parte del proceso de adaptación. También son reseñados otros problemas como enfado, culpabilidad, sentimientos de inutilidad, miedo al aislamiento y rechazo.

En un estudio sobre la imagen corporal en enfermas mastectomizadas López (1992), encontró que las pacientes mastectomizadas presentan tras la intervención, cambios negativos en la percepción de su imagen corporal, como; cambios en el atuendo, rechazo de la prótesis de silicona, temor al rechazo de los demás, mayor ansiedad y depresión, y menor autoestima.

La enfermedad cancerosa puede tener un fuerte impacto psicológico y emocional lo que ocasiona una serie de reacciones psicoafectivas, sociales, económicas y, un estrés importante en la vida de la mujer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El estrés puede ejercer efectos profundos en el organismo y una activación fisiológica elevada con repercusiones en el sistema neuroendocrino e inmunológico. Estos efectos pueden ser mayores en aquellas personas con predisposición o vulnerabilidad psicofisiológica que tienden a interpretar y experimentar las situaciones estresantes como muy amenazantes (Borrás, 1992; Ferrero et al.).

Cuando una mujer recibe el diagnóstico de cáncer y de que se le tiene que realizar una mastectomía, puede entrar en un estrés agudo y en mucha ansiedad, lo cual va a depender, por una parte, de como evalúe la situación, del grado de amenaza e incertidumbre que represente la cirugía y la enfermedad, y por otra, del grado de control que perciba tener de la situación. A mayor evaluación de amenaza y menor control de la situación se perciba, mayor ansiedad se presentará (Lazarus, 1986; Latorre, 1994).

Algunos de los estímulos que en el contexto de la enfermedad neoplásica suelen originar estrés son: la expresión preocupada del médico, la forma y contenido del mensaje por el que se comunica el diagnóstico, las reacciones de amigos y familiares, las posibles mutilaciones, el costo económico del tratamiento, la imposibilidad de seguir trabajando, etc. Estas estimulaciones conducen a una situación de estrés, que posee cuatro características:

- Incertidumbre, como resultado de la imposibilidad de predecir acontecimientos, debida en gran parte a la falta de información que tiene la paciente sobre todo lo relacionado con la enfermedad y su tratamiento.
- Sentimientos negativos, tales como miedo, ansiedad, depresión.
- Pérdida de control, que se traduce en sentimientos de indefensión o de incapacidad para influir sobre los acontecimientos.

- Amenazas a la autoestima, que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo -tras una mastectomía, por ejemplo-, del temor a no poder seguir realizando el trabajo profesional usual, de experimentar problemas en el ámbito sexual, etc.

El ambiente en los hospitales, la rutina de los cuidados, la percepción más o menos generalizada del hospital como lugar amenazante, probablemente produce un estrés adicional. En ocasiones, médicos y enfermeras han aprendido a defenderse contra la naturaleza deshumanizada del hospital y de los tratamientos, limitándose a considerar al paciente como una entidad física. Aunado a esto, generalmente, las pacientes están mal informadas sobre los efectos que tendrán sobre su salud los procedimientos médicos a los que van a someterse y, además están preocupadas por la posibilidad de morir; pese a que, las pacientes no parezcan nerviosas, puede considerarse que están sometidas a estrés (Latorre, 1994).

El suministro de la información por parte del equipo sanitario es muy importante y puede ser de dos clases: la procedural y la sensorial. La primera supone la descripción de las características del procedimiento médico que va a tener lugar (evaluación, cirugía, quimioterapia, reconstrucción, etc.), cuándo va a realizarse, por qué, cuál es la tasa de mortalidad, etc. La información sensorial, da a la mujer una expectativa sobre las sensaciones que probablemente experimentará durante y/o después de la intervención quirúrgica (Flórez, 1994).

La falta de información en las pacientes es una fuente de estrés y de ansiedad percibida no sólo por éstas, sino también por médicos y enfermeras, a veces no adiestrados en las técnicas de información (Blasco, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, la personalidad de la paciente afectada de cáncer de mama va a constituir una variable en los resultados y en la propia evolución de la enfermedad. Los estilos cognitivos, las expectativas de las pacientes y el suministro de información interactúan de forma compleja en la respuesta al estrés. En este sentido, existen pacientes *repressoras* que normalmente afrontan el estrés de la enfermedad, no pensando en ella, negándola, y limitándose a no reconocer la posible existencia de aquél; por lo tanto, las mujeres *repressoras* no parecen mostrar signos de ansiedad.

Por el contrario, las *sensibilizadoras* son pacientes que muestran numerosos signos de ansiedad, que demandan mucha atención, cuidados y entrega de medicación; muestran una cuidadosa atención a cualquier indicio amenazador, buscando información y preparando el afrontamiento cognitivo. Estas pacientes producen un desgaste en el equipo sanitario por su continua demanda y desbordan, en ocasiones, la capacidad técnica y de comunicación del médico y/o enfermera (Ferrero et al.).

Por ello, es necesario un apoyo mutuo del equipo sanitario, integrado también por un especialista en psicología que habrá de poner en marcha las distintas técnicas cognoscitivo-conductuales para reducir el estrés en situaciones hospitalarias, tan singulares como la atención a la mujer con cáncer de mama.

Por otra parte, el estrés como factor etiológico del cáncer ha sido valorado, Flórez (1994), recoge numerosas referencias clínicas que indican una relación clara entre personalidad, emociones, estrés y neoplasia. Se señala la influencia de parámetros neuroendocrinos y la acción del hipotálamo sobre las respuestas inmunológicas en el origen y el curso del cáncer. Los efectos psicosociales (estrés social), afectan la actividad hipotalámica desde la

percepción cortical, posteriormente también se afectará el sistema nervioso autónomo y, finalmente, la actividad neuroendocrina en general.

Esto viene a confirmar la hipótesis generalmente admitida de que los estímulos emocionales crónicos, pueden causar en los individuos predispuestos un trastorno funcional y más tarde un trastorno orgánico (Borrás, 1992; Brannon, 1992; Cederborg, 1999; Linchitz, 1993; Sánchez, 1993; Simonton, 1994).

En este sentido, al igual que en otro tipo de enfermedades, se ha tratado de localizar un tipo específico de personalidad relacionado con el desarrollo de una enfermedad neoplásica y, a este respecto, Temoshok y colaboradores en 1987 propusieron un patrón de personalidad identificado como "*tipo C*", muy sensible a la aparición de esta enfermedad. Dicho patrón incluye varias características, tales como dificultad en la expresión de las emociones, sociabilidad, simpatía, perfeccionismo, laboriosidad, convencionalismo, baja autoestima y uso frecuente de estrategias de afrontamiento tales como desamparo y desesperanza, conductas depresivas y compulsivas.

Este perfil "*tipo C*" se opone al patrón de conducta "*tipo A*" que se ha mostrado muy predictivo en la explicación de las enfermedades coronarias. Mientras que el "*tipo A*" se caracteriza por exhibir en su conducta hostilidad, agresividad, tensión, competitividad y urgencia de tiempo, el individuo "*tipo C*" se muestra más cooperativo, más pacífico y fundamentalmente no asertivo, tendiendo básicamente a no manifestar sus emociones internas, en particular la ira.

El factor desolación y desesperanza está conectado con la aparición de tumores malignos y con su agravación, en tanto que el sentimiento de esperanza, de ser útil, de lucha por la vida

disminuye la gravedad del cáncer y muchas veces lo puede impedir. Otros investigadores (Flórez, 1994), también se refieren a la influencia de las pérdidas afectivas tempranas familiares, en los casos de privación afectiva, rechazo, hostilidad, aversión, etc., por la incapacidad afectiva de uno o ambos progenitores. También la pérdida o muerte de la pareja y, sobre todo, la de un hijo, se relaciona con muchísima frecuencia con la aparición del cáncer. Así pues, la persona con cáncer de acuerdo con el modelo psicológico resulta de la manifestación individual de un proceso de interacciones sociales que comienzan básicamente en los núcleos familiares.

Por otra parte, los tratamientos médicos invasivos como la radioterapia, la quimioterapia, etc., que producen efectos desagradables, pueden llegar a ser fuentes de estrés para la mujer con cáncer de mama. Algunas mujeres que inician estos tratamientos desarrollan una sintomatología psíquica con trastornos del sueño, tensión psíquica, ansiedad, nerviosismo, depresión, náuseas y vómitos anticipatorios. En algunas mujeres, este tipo de reacciones aparecen en el hospital, o en ocasiones, aparecen en su propio domicilio varios días antes de la administración del fármaco. El mecanismo obedece a un modelo de condicionamiento clásico (Pavloviano) en el sentido de que estímulos inicialmente neutros (olores, aparatos, bata, habitación, médico, enfermeras que administran el fármaco, etc.), se asocian a las respuestas desagradables que produce el fármaco en las primeras experiencias (náuseas, vómitos, sensación de mareos, etc.). Los resultados del tratamiento psicológico no eliminan totalmente los efectos secundarios postquimioterápicos inducidos por el fármaco, muchos pacientes reducen la frecuencia de vómitos así como la duración e intensidad de las náuseas,

pero se ha encontrado más éxito con respecto a la náusea y el vómito anticipatorios (Pellicer, 1994; Flórez, 1994).

Los tratamientos con quimioterapia afectan la calidad de vida de las mujeres; además, estos tratamientos pueden durar muchos meses (hasta 2 años) y producen, como ya se ha señalado, un estrés sobreañadido que puede perturbar el proceso de recuperación y rehabilitación de la mujer. Sin duda existen pruebas evidentes de que la mejoría del estado psíquico de la mujer refuerza la función del sistema inmune, facilitando el reconocimiento de los elementos extraños que aparecen en el organismo y destruyéndolos a través de la acción de anticuerpos circulantes y de células especialmente diseñadas para matar, como los linfocitos T. Estados psicológicos de grave decaimiento anímico pueden facilitar, el crecimiento tumoral y la diseminación de metástasis; posiblemente, la disminución en la intensa actividad de los linfocitos NK (natural killers), procedentes de la médula ósea y altamente capacitados para la destrucción de células tumorales, sea la última consecuencia de un estado psicológico negativo que es imprescindible restaurar a través de la intervención psicológica (Colleoni, Mandala, Peruzzotti, Robertson, Bredart y Goldhirsch, 2000; Flórez, 1994; Henderson, 2000).

2.2 TRATAMIENTOS NO INVASIVOS

El tratamiento No-Invasivo está sustentado en la utilización de técnicas psicológicas Cognoscitivo-conductuales, como la Retroalimentación Biológica, técnicas de Respiración y Relajación, entre otras. Todas ellas facilitan la autoregulación de respuestas fisiológicas.

Este tipo de tratamiento es personalizado, cuenta con una mínima posibilidad de que se presenten efectos colaterales o secundarios, por lo que se le ha llamado No-Invasivo, en el cual se consideran los estresores, su interpretación, estrategias de afrontamiento y respuestas fisiológicas involucradas.

En el tratamiento No-Invasivo, el uso combinado de las técnicas, supera los resultados que se obtienen aplicándolas aisladamente, estos resultados están relacionados con la presencia de beneficios en corto tiempo (semanas), y su mantenimiento a largo plazo, años (Golden, 1992; Pellicer, 1994).

Diversas investigaciones realizadas en pacientes con cáncer de mama, han combinado las técnicas cognitivas y conductuales como la relajación, desensibilización sistemática, y métodos de imaginaria o visualización con los que es posible lograr un cambio cognitivo y emocional favorable para las pacientes. Bell (1991), estudió el caso de una mujer de 64 años de edad con carcinoma en el seno, el tratamiento que se le dió consistió en hipnosis y en imágenes mentales positivas, lo que tuvo un efecto benéfico en su estado de ánimo ansioso y depresivo.

Larsson (1992), evaluó si el entrenamiento en relajación conducido por enfermeras como parte integral de sus actividades de cuidado, ayudaría a las pacientes con cáncer de mama.

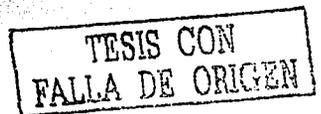
Se vio que las pacientes experimentaban primero, menos estrés durante las sesiones de tratamiento con quimioterapia y en segundo, mostraban un alto grado de bienestar general.

Gruber (1993), estudió la respuesta inmunológica y los cambios psicológicos en pacientes con cáncer de mama, por medio de la relajación, imágenes guiadas y entrenamiento en retroalimentación biológica. Se encontraron resultados significativos en la actividad de las células Natural Killer, en la respuesta y cantidad de linfocitos. Hubo reducción de la ansiedad, medida con una escala psicológica.

Spiegel (1992), encontró que el apoyo psicosocial puede influir en la evolución del cáncer, a través de diferencias en el tiempo de sobrevida. Los métodos psicoterapéuticos que mostraron ser efectivos fueron la confrontación directa de miedos, la expresión del afecto y entrenamiento en autohipnosis y relajación. Los mecanismos de este apoyo psicosocial sobre la evolución de la enfermedad incluyeron cambios en la dieta y ejercicios, un mejor cuidado de la salud y efectos positivos en la sensibilidad de los sistemas endocrino e inmune.

Los acontecimientos vitales y el estrés agudo han sido asociados con una menor respuesta linfocitaria a los mitógenos en un contexto pre y postquirúrgico, afectando, además a la incidencia de complicaciones postquirúrgicas (Borrás, 1992).

El estudio de la ansiedad adquiere una especial relevancia en el campo de las intervenciones quirúrgicas. No sólo porque la ansiedad constituye una reacción usual en las personas que deben ser intervenidas, sino también por las consecuencias negativas que pueden tener en la recuperación postquirúrgica. Algunos estudios indican que los sujetos más ansiosos antes de someterse a una operación, son también los que sufren una recuperación más larga o difícil (Rodríguez-Marín, López y Pastor, 1990; Abraham y Seremetis, 1997).



La cirugía ha sido reconocida como un importante acontecimiento invasivo generador de estrés. Los pacientes presentan miedo, ansiedad e incertidumbre, tanto antes como después de la operación. Los pacientes se enfrentan a toda una serie de estímulos estresantes complejos que, por un lado, constituyen sensaciones desagradables, y, por otro, pueden ser factores determinantes del ajuste emocional y de la recuperación física durante el período post-quirúrgico (López-Roig, Pastor, Rodríguez, Sánchez y Belmonte, 1990; Cederborg, 1999).

Se ha demostrado experimentalmente que algunos tratamientos que suelen producir estrés, como las intervenciones quirúrgicas y la radioterapia, eran capaces en algunos casos de aumentar la rapidez de crecimiento de los tumores y la diseminación de metástasis en ratones. Este mismo fenómeno ha sido observado en la clínica humana; la literatura existente sobre el tema indica que es plausible que el aumento de metástasis, que a veces se observa poco tiempo después de una intervención quirúrgica, sea consecuencia del estrés asociado al tratamiento. Por ello, se considera que antes de someter al enfermo a este tipo de intervenciones, y en el postoperatorio, sería prudente asegurarse de que el enfermo -a través de los medios psicológicos disponibles- se encontrara lo más relajado posible (Bayés, 1985; Pellicer, 1994).

Burish y Lyles (1981), evaluaron la eficacia de la relajación con pacientes que padecían de síntomas de náusea y vómito anticipatorios asociados a la quimioterapia. Un grupo asignado al azar recibió relajación junto con imaginación guiada mientras se le administraba la quimioterapia, el otro grupo de control no recibió tratamiento. Los resultados indicaron que el grupo de relajación obtuvo una disminución de la ansiedad y la náusea durante la

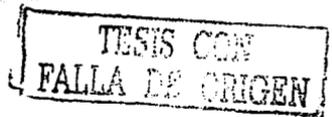
quimioterapia, así como también una reducción de la náusea posquimioterapia y del malestar emocional.

El entrenamiento en relajación e imaginación guiada es un procedimiento efectivo para reducir, y quizá prevenir, la aparición de la náusea y el vómito anticipatorios, así como para disminuir la magnitud de las molestias de los trastornos posquimioterapia, según lo muestran los resultados positivos de diversas investigaciones (Abraham, 1997; Burish, 1987; Carey, 1987; Colleoni et al, 2000; Kvale, 1991; Lyles, 1982; Scott, 1983).

Die Trill (1988), citada por Blasco (1992), estudió a 26 pacientes mastectomizadas, y con trastornos anticipatorios, asignándolas al azar a dos grupos. Uno de ellos recibió un tratamiento de relajación hipnótica, antes de la quimioterapia, mientras que el otro no recibió ningún tipo de intervención, excepto la entrevista con el terapeuta para registrar la presencia e intensidad de los síntomas anticipatorios. Los resultados indicaron una disminución significativa de la náusea anticipatoria y de la ansiedad-estado en las enfermas del grupo que recibió hipnosis respecto a la línea-base, efecto que no tuvo lugar en las enfermas del grupo control.

2.2.1 Relajación y Visualización de Imágenes.

Básicamente, todas las técnicas de relajación actúan sobre el sistema nervioso simpático para que éste modifique el estado de estrés del organismo. La relajación hace que se inviertan los principales indicadores de estrés; La presión alta, los latidos rápidos del corazón, la temperatura baja de la piel, la excesiva transpiración y el estado emocional perturbado. La relajación profunda supone la total relajación neuromuscular, los músculos se van relajando por turnos: los de los pies, las pantorrillas, los muslos, el estómago, el pecho, la espalda, el cuello, los hombros, los brazos y la cabeza. Así se crea un estado de relajación total que, acompañado de la respiración diafragmática, alivia el estrés, la ansiedad y el dolor. Cuando se normaliza uno de los indicadores, la respiración rápida y superficial, y ésta vuelve a ser lenta y profunda entonces los demás indicadores también regresan a su estado de ausencia de estrés. Aunque todavía no se conoce del todo el mecanismo de esta transformación, es posible que involucre un replanteamiento del equilibrio de los neurotransmisores en el cerebro. La serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), los cuales son antiestresantes, parece que logran dominar a la norepinefrina y a la dopamina, los neurotransmisores que cuando escasean se relacionan con el estrés y la depresión. Al mismo tiempo, la preponderancia de los primeros puede estimular la producción de cantidades significativas de endorfinas. Estas, cuyo significado es "morfina interior", son sustancias bioquímicas que transmiten los mensajes en el cerebro o neurotransmisores. En la actualidad se conocen varias endorfinas, que se han hallado no solamente en el cerebro sino también en otras partes del cuerpo, como el intestino, el páncreas, las gónadas y los leucocitos. La



respiración profunda hace que todo el cuerpo entre en relajación total, y ambas estimulan el flujo de endorfinas lo que disminuye el estrés (Brannon, 1992; Borrás, 1992; Linchitz, 1993).

Una vez lograda la relajación se puede emplear también, la técnica llamada Visualización de imágenes o imaginiería, la cuál ha sido empleada en pacientes que padecen cáncer. Esta técnica entra dentro de un campo que se llama psiconeuroinmunología. Para tratar la enfermedad, "la visualización de imágenes toma el control del sistema nervioso simpático y ayuda al sistema inmunitario". Se ayuda a los pacientes a sobreponerse a la depresión y a la sensación de impotencia que causa una enfermedad grave, y se les entrena para que adquieran algunas habilidades psicofisiológicas para reducir la activación del sistema simpático y reducir así, la tensión y la ansiedad (Bayés, 1985; Chopra, 1994; Latorre, 1994; Moen, 1994).

Usando también la visualización como parte del tratamiento psicológico de apoyo, complementario al tratamiento médico convencional, Simonton y Mathews-Simonton (1981), lograron aumentar la sobrevida en pacientes con cánceres avanzados de mama, colon y pulmón. La técnica de los Simonton proporciona a los pacientes un medio para participar activamente en su propio tratamiento y va encaminada a fortalecer su confianza en que poseen cierto grado de control real sobre la evolución de su enfermedad. Dos de sus estrategias centrales, practicadas tres veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos de duración, consisten por una parte en relajación y por otra, en visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales de su organismo frente a la proliferación de células

cancerosas; ellos consideran que para que esta visualización sea eficaz, debe tener las ocho características siguientes:

1. Las células cancerosas deben aparecer débiles, poco cohesionadas, blandas y vulnerables.
2. El tratamiento médico debe ser visto como fuerte y poderoso, claramente capaz de combatir y destruir el cáncer. Puede visualizarse el tratamiento médico como un fluido blanquecino que envuelve a las células grises resquebrajándolas y mermando su vigor, de forma que los glóbulos blancos -símbolo de poder curador del propio organismo pueden terminar por destruirlas y eliminarlas fácilmente.
3. Las células sanas, que también reciben los embates del tratamiento médico, no deben tener dificultad en reparar con rapidez cualquier daño posible producido mientras que las células cancerosas, más débiles, tienen que ser incapaces de ello.
4. Los glóbulos blancos aparecen vigorosos y sobrepasan en número a las células cancerosas. La victoria de los glóbulos blancos debe aparecer inevitable.
5. Los glóbulos blancos tienen que mostrarse en todo momento fuertes y agresivos, imponiéndose de forma clara a las células cancerosas, a las que vencen y destruyen.
6. Es importante visualizar cómo las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin que este proceso biológico requiera ningún esfuerzo especial o mágico.
7. Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mismo lleno de salud y libre de cáncer.

8. El paciente debe también verse a sí mismo consiguiendo el objetivo que se ha propuesto de curarse, lo cual lo confirmará en el hecho de que posee poderosas razones para vivir.

Con este programa, los Simonton han observado resultados positivos en sus pacientes, como una mejor adaptación a su situación, disminución de la ansiedad y de la depresión y un aumento en la sensación de bienestar y en el sentimiento de control (Simonton y Creighton, 1994).

La importancia clínica de la visualización y su empleo con otras técnicas cognoscitivo conductuales, como la relajación y la retroalimentación biológica han demostrado claramente el siguiente principio fisiológico:

"todo cambio en el estado fisiológico viene acompañado por otro cambio complementario en el estado mental y emocional, ya sea consciente o inconsciente, y a la inversa, todo cambio en el estado mental y emocional, ya sea consciente o inconsciente, viene acompañado por un cambio complementario en el estado fisiológico. En otras palabras, el cuerpo, la mente, y las emociones son un sistema unitario: si se afecta a uno, son afectados los otros" (Simonton, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.2 Retroalimentación Biológica

Las técnicas de relajación, aunadas a la retroalimentación biológica (RAB), han sido ampliamente utilizadas en diversos campos del estudio y tratamiento de la salud, como una forma de autoregulación de funciones que anteriormente se consideraron autónomas (Sánchez, 1993). Mientras las técnicas de relajación permiten estabilizar las funciones autonómicas del organismo, la RAB representa "un espejo", donde el individuo puede observar sus cambios.

La RAB es una herramienta útil para enseñar y aprender habilidades de autoregulación que comprenden e implican entrenamiento. En todas las aplicaciones, su meta es la autoregulación y el autoaprendizaje de los procesos físicos y mentales del cuerpo para mejorar su estado de salud. Así, la importancia clínica de la retroalimentación es que una vez que se dan cambios en ciertas funciones y se conoce la forma de producirlos, éstos pueden generarse bajo control consciente (Criswell, 1995).

En la clínica el entrenamiento en RAB puede ser la modalidad terapéutica principal o puede usarse con otras intervenciones tales como la respiración profunda, la relajación, la visualización, el asesoramiento en el estilo de vida, la desensibilización sistemática, reestructuración cognoscitiva o psicoterapia.

El concepto "psicosomático" se suele utilizar para indicar el origen mental de una patología física; las investigaciones realizadas en el campo de la RAB dan la información médicamente constatable de que la mente puede eliminar las enfermedades lo mismo que puede crearlas.

"La medicina debe aprender que las relaciones entre la mente y el cuerpo son más potentes que lo que se pensó antaño" (Simonton, 1994).

El tratamiento con RAB consiste en dar al individuo información de sus cambios fisiológicos que se presentan en el momento de ser registrados, con el fin de lograr su autoregulación, se han utilizado instrumentos electrónicos de alta precisión, que amplifican las respuestas fisiológicas por medio de señales audibles y visuales constantes y, así permiten precisar los cambios fisiológicos que se efectúan en una escala de tiempo real.

Los aspectos clínicos de la técnica requieren que la persona aprenda a hacer "algo" con la mente que permita una comunicación consciente con el cuerpo. Este "algo" no se relaciona con palabras sino con "imágenes" que estimulan varios sistemas motores y sensoriales (visual, auditivo, táctil, cinestésico, por ejemplo). Las imágenes son el lenguaje que el cuerpo entiende, particularmente en relación al sistema nervioso autónomo. Los instrumentos de retroalimentación informan al paciente si la imagen ha tenido o no el efecto deseado -por ejemplo, si la temperatura sube o baja, si la tensión muscular o las ondas cerebrales cambian- así, la función de la retroalimentación biológica es facilitar el uso de la imaginería, con la adecuada comunicación de todos los sistemas corporales a través de esta vía (Sánchez, 1993).

En lo que se refiere a los fundamentos fisiológicos de la temperatura periférica de la piel, se sabe, que ésta depende de las variaciones en el flujo sanguíneo que circula a través de ella. Así, el flujo sanguíneo y la temperatura periférica de la piel generalmente cambian juntos: en ocasiones decrecientan con reducciones en la temperatura externa e incrementan con

elevaciones de la misma. Esta respuesta termoreguladora permite al cuerpo mantener constante la temperatura de los órganos internos y ajustarse a cambios en la temperatura ambiental. El mecanismo central de la regulación de la temperatura corporal está localizado en el hipotálamo, el cual recibe información sobre la temperatura del cuerpo a través de los receptores térmicos de la piel; y de los cambios en la temperatura de la sangre a través de receptores propios. Se distinguen dos centros reguladores de temperatura en el hipotálamo. El anterior es el encargado de la vasodilatación periférica, y el posterior es el encargado de la vasoconstricción.

La circulación sanguínea periférica está determinada por la vasodilatación o vasoconstricción de los vasos sanguíneos, regulada por el Sistema Simpático que causa que los vasos sanguíneos incrementen en tamaño y permitan un mayor flujo sanguíneo, (vasodilatación) seguido de una mayor temperatura de la piel.

La vasoconstricción ocurre cuando los impulsos del Sistema nervioso Simpático son conducidos a los músculos lisos en las paredes de los vasos con lo cual éstos decrementan su tamaño y restringen el flujo sanguíneo existiendo, como consecuencia, un decremento en la temperatura de la piel. Así, la temperatura periférica es una función del grado de contracción de los vasos sanguíneos periféricos.

Con un incremento en el nivel de activación del cuerpo se incrementa también la activación del sistema nervioso simpático. Esto constriñe el flujo sanguíneo periférico enviando ese flujo a los músculos estriados y al cerebro para dar la respuesta de emergencia. Con retroalimentación de la temperatura la persona es capaz de calentar sus manos decrementando la actividad de su sistema nervioso simpático. Esto permite a los vasos

sanguíneos dilatarse o relajarse. El flujo sanguíneo entonces se incrementa hacia la periferia (Winans y Gilman, 1989).

La temperatura periférica varía debido a los siguientes factores:

Los factores bioquímicos como el dióxido de carbono la decremantan. La efedrina y la nicotina la decremantarán. Algunos factores que la incrementan son: el ácido láctico producido por la actividad muscular.

Los factores internos son importantes: lo que una persona ha comido o bebido pueden influir en su temperatura periférica. Por ejemplo, el alcohol es un vasodilatador. La nicotina es un vasoconstrictor. La cafeína, un estimulante, produce vasodilatación.

Factores psicológicos como el estrés, el temor, la tensión y la ansiedad causan vasoconstricción (Criswell, 1995).

La temperatura interior es la temperatura corporal interna, de aproximadamente 98.6 °F o 37 °C. La temperatura periférica permanece en un nivel más bajo que la temperatura interna, a un nivel medio de 85° a 90 °F.

La retroalimentación de la temperatura usa un termistor colocado en la superficie de la mano, o en la superficie palmar de un dedo. El calor de la mano afecta las moléculas del termistor y altera la forma en que la electricidad es dirigida partiendo de y regresando al equipo de retroalimentación. El sistema vasomotor es altamente responsivo a las respuestas del sistema nervioso en función de las experiencias internas y externas de la persona. Si se monitorean los cambios de temperatura en un periodo de tiempo, en un laboratorio y durante una conversación, las fluctuaciones se dan en paralelo a los tópicos discutidos y

muestra la activación del sistema nervioso simpático en respuesta a esos tópicos. Las manos se enfriarán con esta activación, que representa excitación, positiva o negativa. Puede existir diferencia en la temperatura de las manos, reflejando esto una diferenciación entre la activación del hemisferio derecho y el izquierdo (Criswell, 1995).

La retroalimentación biológica, actualmente ha llegado a ser una de las más importantes técnicas conductuales, por medio de la cuál, las personas aprenden a controlar voluntariamente el pulso cardíaco, la tensión muscular, la presión arterial, la actividad de las glándulas sudoríparas, la temperatura de la piel, y una amplia gama de estados físicos internos que se consideraba que estaban bajo el control *involuntario* del sistema nervioso autónomo.

De esta forma, se pueden tratar trastornos del aparato cardiovascular, (especialmente la hipertensión, la taquicardia y las arritmias), migraña y dolor de cabeza tensional, así como el fenómeno de Raynaud; problemas gastrointestinales (estreñimiento, gastritis, úlceras y espasmos); diabetes mellitus, dolor crónico, rehabilitación subsecuente a ciertos daños y para la prevención y alivio de muchos problemas relacionados con estrés como la ansiedad, la irritabilidad y la fatiga (Barrera, 1996; Díaz, 1996; Domínguez, 1996; Pérez, 1997).

Otra función fisiológica que puede autoregularse es la tensión arterial. A la presión con que circula la sangre por las arterias se le conoce como tensión arterial (TA), dos factores son considerados fundamentales, el primero se presenta cuando el corazón, en cada contracción, lanza por las arterias una determinada cantidad de sangre, en ese momento la tensión muscular acusa su máximo valor dilatando las venas, este proceso es conocido como presión

sistólica. Durante la fase de relajación vascular, la sangre sigue circulando en las arterias hacia la red capilar, por el impulso recibido durante la sístole así como por la compresión de la red vascular, a esta situación se le conoce como diástole o tensión mínima.

La TA varía en una gran cantidad de circunstancias, aún en una misma persona, por lo que la definición de su normalidad no está clara, por esta razón ha sido considerada por algunos investigadores como un factor de riesgo. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud establece los siguientes criterios:

- a) Normotensión: Sistólica < 140 - Diastólica < 90 mm Hg. (140/90).
- b) Línea Divisoria: Sistólica $140 - 160$ Diastólica $90 - 95$ mm Hg.
- c) Hipertensión: Sistólica > 160 - Diastólica > 95 mm Hg. (160/95).

Para estos valores se requiere considerar la edad y el sexo. Parece que las mujeres toleran mejor la hipertensión que los hombres, pues los índices de mortalidad con cualquier valor de HTA son más altos en los hombres. También se ha considerado que la edad puede magnificar las condiciones de HTA (Isselbacher et al., 1996; Winans, 1989).

Existen una diversidad de factores extrínsecos al ser humano que afectan la TA y que promueven la HTA, como es el caso de la ingesta de ciertos minerales como el sodio, la cafeína, el alcohol y el tabaquismo.

Una manera de disminuir la TA hasta los límites normales, es utilizar medicamentos normotensores. Esto ha provocado que en general se presenten situaciones de dependencia hacia los fármacos. Sin embargo, podemos considerar que al no eliminar las causas ambientales, familiares, e individuales que la provocaron, irremediamente la enfermedad se volverá a presentar, lo que ocasionará un ciclo de dependencia (Criswell, 1995).

Dentro de la retroalimentación biológica, el perfil psicofisiológico se ha considerado como un conjunto de medidas diferentes de un individuo o grupo, en la misma unidad de medida, usualmente utilizado con el fin de emitir un diagnóstico (Kerlinger, 1988).

El perfil psicofisiológico es un procedimiento que permite determinar los niveles basales (iniciales) de las respuestas de temperatura periférica, presión arterial, electromiografía y/o electrodermografía en condiciones de activación, reposo y relajación natural; relacionándolos con el autorreporte subjetivo del nivel de relajación obtenido. Permittiéndole al individuo identificar los cambios de sus respuestas fisiológicas y la relación que guardan dichos cambios con sus respuestas eidéticas (pensamiento en imágenes) y emocionales, con los cambios en el dolor y niveles de incapacidad que presente (Pérez, 1997).

Los cambios en la temperatura periférica están basados en las respuestas vasodilatadora y vasoconstrictora, e indican que una mayor irrigación sanguínea produce el incremento de la temperatura periférica, como un efecto de la dilatación de los vasos sanguíneos. La vasoconstricción periférica refleja una elevada actividad simpática como respuesta a eventos estresantes (Ganong, 1990).

Los registros de temperatura periférica no se clasifican como "normales o anormales", sino que se consideran en función de los cambios individuales y la relación que guardan con sus niveles basales. Con esta base se realiza el análisis de los cambios emocionales que presenta el individuo.

De acuerdo a la información relativa sobre las respuestas fisiológicas a evaluar en un perfil psicofisiológico (Pérez, 1997), se consideran los siguientes aspectos:

- Se recomienda efectuar el registro simultáneo de cuando menos dos correlatos psicofisiológicos, por ejemplo, temperatura periférica y presión arterial.
- La evaluación del nivel de actividad inicial de los diferentes correlatos psicofisiológicos permitirá determinar si el individuo evaluado puede ser susceptible de beneficiarse con el tratamiento No-Invasivo.
- En el Perfil Psicofisiológico será necesario considerar al menos tres fases o condiciones de registro: activación, reposo y respuesta natural de relajación; a fin de evaluar los cambios en las respuestas que a futuro serán entrenadas bajo procedimiento de auto-control.
- La duración mínima de los registros será de 60 segundos, para cada condición.
- Al finalizar la condición de relajación natural se deberá solicitar un autorreporte del nivel de relajación alcanzado por el individuo. Se recomienda utilizar una escala verbal análoga, por ejemplo de 0 a 10, donde 0 será nula relajación y 10 el mayor nivel de relajación obtenido.

Para establecer una adecuada interpretación de los datos, es necesario tomar en consideración los siguientes aspectos colaterales:

- El suministro de medicamentos, ayuno, ingesta de alimentos y/o estimulantes como picantes, café o té (sustancias vasoactivas).

- La variabilidad presentada intra e inter condición de las respuestas fisiológicas registradas, el autocontrol que ejerce el individuo sobre las mismas en el periodo de relajación natural y la relación que guardan con la respuesta presentada en la condición de reposo.

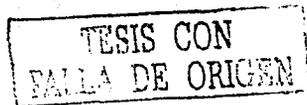
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉTODO

3.1 Planteamiento del problema

El cáncer de mama tiene un fuerte impacto psicológico y emocional en la mujer lo que ocasiona una serie de reacciones psicoafectivas como ansiedad, depresión, temor, baja autoestima y un estrés importante en la vida de la mujer. Asimismo, el estrés ejerce efectos profundos en el organismo y una activación fisiológica elevada con repercusiones en el sistema neuroendocrino e inmunológico, estados psicológicos de grave decaimiento anímico facilitan el crecimiento tumoral y la diseminación de metástasis. Existen pruebas evidentes de que la mejoría del estado emocional de la mujer refuerza la función del sistema inmune facilitando la acción de células defensivas del organismo como los linfocitos T (Borrás, 1992; Gruber, 1993; Pellicer, 1994; Simonton, 1994).

Otra de las reacciones que presentan las mujeres con cáncer de mama son las náuseas y vómitos que se derivan de la terapéutica médica como la quimioterapia. Es sabido que este tratamiento produce también otros efectos colaterales como: pérdida del cabello, diarrea, esterilidad, etc. Sin embargo, de todos los efectos tóxicos de los fármacos, los que las pacientes suelen soportar peor son las náuseas y vómitos que suelen aparecer una o dos horas después de la administración y persistir hasta 24 horas y también, suelen presentarse náuseas y vómitos anticipatorios, es decir, antes de suministrarles los fármacos. Algunas pacientes llegan a encontrar estos efectos secundarios tan aversivos que abandonan el tratamiento a pesar de que ello pueda significar la muerte (Latorre, 1994; Colleoni, 2000).



Debido a esto, se han puesto a prueba diversas técnicas psicológicas cognoscitivo-conductuales para combatir estos efectos secundarios y las reacciones emocionales negativas, como: relajación muscular profunda, hipnosis, visualización, entre otras. Todas ellas han obtenido buenos resultados en la disminución de los efectos desagradables de la quimioterapia (Bell, 1991; Blasco, 1992; Burish, 1981; Carey, 1987; Colleoni, 2000; Die Trill, 1988; Flórez, 1994; Gruber, 1993; Larsson, 1992).

La utilidad de estas intervenciones psicológicas radica en el beneficio de la paciente, al conseguir reducción de los síntomas y un cierto control sobre las reacciones de su organismo, es posible que se presente una mayor adherencia al tratamiento médico, así como, una mayor confianza para enfrentarse a la enfermedad lo que redundará en una mejor calidad de vida. De tal forma, la pregunta de investigación para este estudio es la siguiente:

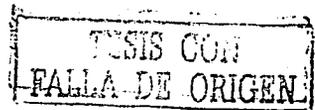
¿El aplicar a las pacientes con cáncer de mama técnicas combinadas cognoscitivo-conductuales como; Relajación profunda, Visualización dirigida, Reestructuración cognoscitiva y Retroalimentación Biológica, producirá una disminución de los niveles de ansiedad y depresión, y una reducción de los síntomas de la náusea y el vómito debidos a los efectos colaterales de la quimioterapia?

3.2 Objetivo General

Aplicar a las pacientes con cáncer de mama, del Hospital de la mujer, técnicas cognoscitivo-conductuales, que les ayude a tener un mejor afrontamiento de la enfermedad.

3.3 Objetivos Particulares

- Aplicar una entrevista semiestructurada para explorar las reacciones y creencias de la paciente hacia la enfermedad y el tratamiento médico, y para registrar los datos de las variables sociodemográficas y datos de la historia clínica médica y psicológica de la paciente. Los datos que se obtienen en esta entrevista son descriptivos y cualitativos.
- Evaluar el nivel de ansiedad y depresión por medio de cuestionarios estandarizados en ambos grupos.
- Evaluar el grado de los síntomas de la náusea y el vómito antes, durante y después del tratamiento en el grupo de intervención y en el grupo control, a través del reporte verbal de la paciente en una escala análoga de 0 a 10, donde 0 es ningún síntoma y 10 el máximo de síntomas experimentados, por medio de autoregistros.
- Registrar las respuestas fisiológicas de temperatura periférica y de la tensión arterial, a través de la medición de un Perfil Psicofisiológico, en ambos grupos.
- Monitoreo de la temperatura periférica y medición de la tensión arterial en las sesiones de intervención.



3.4 Tipo de Diseño

Es un diseño cuasiexperimental, grupo control antes y después (preprueba y postprueba). Los grupos son preprobados en una medida de Y, la variable dependiente. Se puede entonces probar la igualdad de los dos grupos en Y. Se ejecuta la manipulación experimental X, después de lo cual los grupos son medidos de nuevo en Y. La diferencia entre los dos grupos es probada estadísticamente (Kerlinger, 1988).

Yb X Ya

Yb ~X Ya

3.5 Tipo de Investigación

Descriptiva y correlacional. De tipo confirmatorio, pues su finalidad es confirmar o rechazar la hipótesis mediante el análisis estadístico.

3.6 Hipótesis de trabajo

La aplicación combinada de técnicas cognoscitivo-conductuales como la relajación profunda, la visualización dirigida, la reestructuración cognoscitiva y la retroalimentación biológica, que permitan la autoregulación de las respuestas fisiológicas de la temperatura periférica y de la tensión arterial, esta relacionada con la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, y con la reducción de los síntomas de la náusea y el vómito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.7 Variables

Variable Independiente.-

La variable independiente consistió en el programa de intervención cognoscitivo-conductual formado por las técnicas de Relajación profunda, Visualización de imágenes dirigida y Retroalimentación Biológica.

Variabes Dependientes.-

VD1 Náusea y vómito.

Esta variable se definió como la aparición de los síntomas de náuseas y vómitos unos minutos, horas o días antes de la administración del tratamiento de quimioterapia, en circunstancias en las que se descarta la presencia de agentes eméticos en el organismo del paciente. A este trastorno se le denomina náuseas y vómitos anticipatorios por no guardar una relación temporal con la administración del fármaco (Latorre, 1994).

Los cambios en estos síntomas se evaluaron a través del reporte verbal de la paciente y por medio de autoregistros, en una escala análoga de 0 a 10 en donde, 0 es ningún síntoma o malestar y 10 es el máximo malestar o síntomas experimentados.

VD2 Ansiedad

Estado de constante preocupación sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades. Se asocia a los síntomas siguientes: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (DSM-IV).

Evaluada por medio del cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática (1996) y por el Inventario de Ansiedad de Beck (1996).

VD3 Depresión

Estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza o vacío, desaliento, soledad y aislamiento. Inutilidad o culpa inapropiada. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones. Insomnio o hipersomnias, fatiga o pérdida de energía. Aumento o pérdida importante de peso. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida y agitación o entecimiento psicomotor (DSM-IV).

Esta variable fue evaluada por medio del Inventario de Depresión de Beck (1996).

VD4 Temperatura periférica

Es la variación en el flujo sanguíneo que circula a través de la piel. El flujo o circulación sanguínea periférica está determinada por la vasodilatación o vasoconstricción de los vasos sanguíneos, regulado por el sistema nervioso simpático que causa que los vasos sanguíneos incrementen en tamaño y permitan un mayor flujo sanguíneo, (vasodilatación) seguido de una mayor temperatura de la piel. La vasoconstricción ocurre cuando los vasos sanguíneos decrecientan su tamaño y restringen el flujo sanguíneo existiendo un decremento en la temperatura de la piel. Con un incremento en el nivel de activación del sistema nervioso simpático, el flujo sanguíneo se constriñe y las manos se enfrían. La temperatura periférica



es un indicador fisiológico de estrés o de un estado de relajación (Criswell, 1995; Winans, 1989).

La temperatura periférica se midió en grados fahrenheit con un termómetro digital.

VDS Tensión arterial

A la presión con que circula la sangre por las arterias se le conoce como tensión arterial.

Cuando el corazón, en cada contracción, lanza por las arterias una determinada cantidad de sangre, la tensión muscular alcanza su máximo valor dilatando las venas, a este proceso se le llama presión sistólica. Durante la fase de relajación vascular, la sangre sigue circulando en las arterias hacia la red capilar, por el impulso recibido durante la sístole así como por la compresión de la red vascular, a esta situación se le conoce como diástole o tensión mínima. La tensión arterial es una función fisiológica que puede autoregularse con entrenamiento (Criswell, 1995; Winans, 1989).

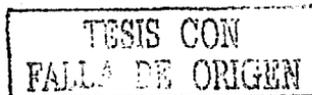
La tensión arterial se registró con un monitor digital electrónico.

3.8 Tipo de muestra

La muestra es no aleatoria, intencional por cuota, se determinó en función de las pacientes que acudieron al servicio de Oncología, para tratamiento de quimioterapia y que aceptaron participar en ésta investigación. A las participantes se les eximió del pago de la consulta.

3.8.1 Criterios de Inclusión

Mujeres con cáncer de mama de cualquier estadio del cáncer, de 30 a 60 años de edad, de medio o bajo nivel socioeconómico. Que presenten ansiedad y/o depresión, y/o síntomas de



náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia. Las pacientes participan voluntariamente.

3.8.2 Criterios de Exclusión

Pacientes que presenten alguna complicación quirúrgica. Que presenten problemas neurológicos y/o psiquiátricos evidentes y adicciones a sustancias tóxicas. Que estén en tratamiento a base de ansiolíticos y/o antidepresivos. Que manifiesten su deseo de no continuar en la investigación.

3.9 Sujetos

Participaron en este estudio 20 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital de la mujer de la SSA. De las cuales 10 conformaron el grupo de intervención y 10 el grupo control. Primero se formó el grupo de intervención conforme iban llegando las pacientes que eran remitidas del servicio de Oncología al servicio de Psicología y que cumplieran con los criterios de inclusión. Después se formó el grupo control también conforme iban llegando y que cumplieran con los criterios de inclusión hasta cubrir la cuota. La investigación duró un año aproximadamente. La descripción de las características sociodemográficas se encuentra en la sección de resultados.

3.10 Escenario

Las sesiones se llevaron a cabo en el consultorio del servicio de Psicología en la consulta externa, y en la sala de Oncología del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

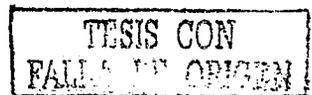
3.11 Instrumentos

Entrevista Semiestructurada.- Construida específicamente para esta población, es una técnica que permite a la paciente expresarse libremente, y a la vez concede la posibilidad de que el entrevistador observe las conductas y reacciones que se presenten a lo largo de la entrevista. Contiene Ficha de Identificación; Datos clínico médicos; Antecedentes médicos personales y Datos psicológicos acerca de las reacciones de la paciente hacia la cirugía y la enfermedad, así como las reacciones de su cónyuge y/o familia, reportadas verbalmente por la paciente.

Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática (CACS).- Este cuestionario es un instrumento originalmente elaborado en población estadounidense por Schwartz, Davidson y Goleman (1978). Fue traducido por Domínguez en 1987 y ha sido aplicado en varias poblaciones. Se reunieron las aplicaciones de 623 personas de las siguientes muestras: víctimas de delitos violentos (137), mujeres con cáncer cervicouterino (71), agentes de la policía judicial (129), deportistas de alto rendimiento (69), ministerios y peritos judiciales (83), empleados federales (71), y administrativos (83). Se hicieron análisis por muestra y para toda la población.

Un análisis factorial indicó que el CACS mide claramente ansiedad cognoscitiva y somática; el Alpha de Cronbach obtenido para los dos factores y la escala total fue superior a 0.80, por lo que se considera que es una escala válida y confiable.

El CACS es un instrumento breve, de aplicación individual y colectiva, de fácil comprensión y rápida calificación. Es un cuestionario que consta de 14 reactivos, la mitad



de los cuales describen reacciones somáticas en un estado de ansiedad (reactivos pares) y el resto mide reacciones cognoscitivas cuando las personas pasan por dicho estado. Las opciones de respuesta van de nada hasta bastante, en cuanto a la intensidad en que se presenta cada síntoma.

La forma de calificación del CACS se lleva a cabo asignando un valor de 1 a 5 a cada una de las opciones de respuesta. Posteriormente se suman los valores de cada subescala para obtener, finalmente, los dos puntajes totales que indican el grado de intensidad en que se vivencian cada uno de los niveles de ansiedad. También se puede calificar obteniendo el promedio de un grupo para cada reactivo y así contar con el resultado de los síntomas más altos en función de las características de los grupos (Salvatierra y Borrás, 1996).

Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Depresión fue desarrollado por Aaron T. Beck a principios de los años 60, publicó en 1978 una versión revisada y en 1993 la más actualizada.

Este inventario consta de 21 reactivos relacionados con la depresión, siendo las actitudes y síntomas evaluados los siguientes: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido. De estos, los primeros catorce se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y síntomas somáticos.



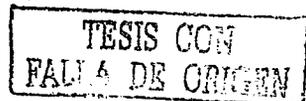
El sujeto responde dentro de un continuo de cuatro puntos que van de 0 a 3, donde el 0 es ausencia de síntomas depresivos y el 3 indica que existe una depresión severa. La calificación se obtiene de la suma de puntajes de los reactivos. Entre mayor sea el puntaje más deprimido se encuentra el sujeto, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

Las puntuaciones del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión; de 10 a 16 indican una depresión leve; de 17 a 29 una depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. Las puntuaciones mayores a 15 ya deben ser tratadas como depresivas. La puntuación total sólo da un estimado de la severidad total de la depresión.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Su duración es de 15 minutos máximo. Su aplicación también puede ser oral.

Este Inventario ha sido estandarizado en población mexicana (Jurado et al, 1998; Méndez, 1995). Participaron un total de 1508 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación. Para efectos de normalización y verificación de diferencias, esta muestra fue dividida en dos partes: Población General (650 sujetos) y Población Estudiantil (858 sujetos).

Los resultados de este estudio indican que el Inventario de Depresión de Beck presenta una alta confiabilidad en población mexicana, tal como lo indica la obtención de un coeficiente alpha de Cronbach de 0.8734, o sea una probabilidad de error de 0.13 (Jurado, 1996).

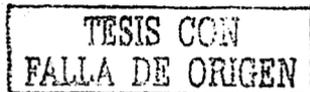


Inventario de Ansiedad de Beck.

El inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) es una escala de 21 reactivos que mide la ansiedad en adultos y adolescentes. Aaron T. Beck y sus socios del Centro para Terapia Cognitiva, Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania, Departamento de Psiquiatría, desarrollaron el BAI para evaluar los síntomas de la ansiedad. El BAI consiste en 21 afirmaciones descriptivas de ansiedad, las cuales están clasificadas en una escala de 4 puntos con la siguiente correspondencia: "Para nada" (0 puntos); "Un poco; no me molestó mucho" (1); "Moderadamente; fue muy desagradable, pero podía soportarlo" (2); y "Severamente; casi no podía soportarlo" (3). Los reactivos incluyen; Entumecimiento o picazón, calor, piernas temblorosas, incapacidad para relajarse, miedo de que pase lo peor, mareo, corazón acelerado, inestable, aterrorizado, nervioso, sentimiento de ahogo, manos temblorosas, miedo de perder el control, dificultades para respirar, miedo de morir, asustado, sonrojo, sudor (no debido al calor).

El BAI mide la ansiedad que reportan los propios individuos, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado cuando es autoadministrado. La administración oral generalmente 10 minutos.

La calificación total del BAI es la suma de las calificaciones dadas por el examinado para los 21 síntomas. Cada síntoma está evaluado en una escala de 4 puntos con un rango de 0-3. La calificación máxima es de 63 puntos. Las calificaciones totales del BAI, las cuales corresponden a aquellas de la versión revisada del BDI, son recomendadas para reportar la intensidad de la ansiedad como la reportan los pacientes.



Una calificación total de 0-9 puntos se considera que refleja un nivel normal de ansiedad; de 10-18 puntos indican de poca ansiedad a ansiedad moderada; de 19-29 reflejan ansiedad moderada a ansiedad severa; de 30-63 puntos indican ansiedad severa.

La aplicación del BAI en población mexicana se hizo en la Ciudad de México con sujetos de 18 a 60 años de edad. Después de un estudio piloto (N=90) y una aplicación (N=350). Los resultados muestran las siguientes características psicométricas: La consistencia interna a través del Alpha de Cronbach fué de 0.84 para el test en general, y tuvo una validez de constructo alta. De acuerdo a los resultados se concluye que el BAI es adecuado para la población mexicana, debido a que es sensible, confiable y válido. Su uso es corto, eficiente y económico (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

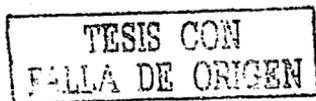
3.12 Materiales:

- Formato de Perfil Psicofisiológico.
- Formato de autoregistro de náusea y vómito.
- Formato de registro y control de sesiones.
- Termómetro digital para medir la temperatura periférica de la piel marca Biofeedback Instrument modelo SC-911.
- Un monitor digital electrónico de presión arterial marca Mark of Fitness modelo MF-30.
- Una reproductora de audiocassettes.
- Audiocassettes grabados con el guión que incluye las instrucciones de respiración, relajación y visualización de imágenes dirigida.
- Algodón, alcohol, tela adhesiva.

3.13 Procedimiento

Se captó a las pacientes con cáncer de mama que acudieron al servicio de Oncología del Hospital de la Mujer, previa coordinación con éste servicio, y que fueron derivadas a consulta de Psicología. Se les explicó el objetivo general de este estudio y se les solicitó su participación. Una vez contando con la aceptación por escrito de las pacientes se les evaluó en sesiones individuales. En la **primera sesión** se realizó la entrevista cuya duración fue de aproximadamente 90 minutos, se recopilaron datos sobre la ficha de identificación y la dinámica familiar, en la entrevista se estableció un ambiente de cordialidad y confianza lo que favoreció el “desahogo” de la angustia e incertidumbre de la paciente ante su enfermedad, se abordaron las creencias de la paciente acerca del cáncer y sus temores ante la muerte. A continuación se llevó a cabo la primera aplicación de los cuestionarios, el CACS, el IAB y el IDB, también se le pidió a la paciente que registrara en el formato de autoregistro los episodios de náusea y vómito que había tenido en una escala de 0 a 10 en donde, 0 era ningún malestar y 10 máximo malestar. Estos autoregistros los realizaba la paciente durante el mes, entre cada ciclo de quimioterapia. Los datos clínico médicos relacionados con el diagnóstico, los antecedentes médicos personales y los antecedentes de enfermedades familiares, se obtuvieron en la entrevista y del expediente clínico de la paciente, proporcionado por el servicio de la sala de Oncología del hospital.

En la **segunda sesión**, se realizó la elaboración del perfil psicofisiológico de la tensión arterial y de la temperatura periférica, en estados de activación, reposo, relajación natural y estímulo estresor, de la siguiente manera:



Especificaciones:

1. Identificación de la dominancia de la paciente (diestra o zurda).
2. Especificar la importancia del uso del equipo (como un indicador fisiológico de un estado de relajación) y su naturaleza no invasiva, mencionándoles que mediante éste se registraría durante el transcurso de las sesiones su temperatura y tensión arterial.
3. Explorar aspectos relacionados con la ingestión de medicamentos y sustancias vasoactivas.
4. Explorar la sintomatología (náusea y vómitos) de la paciente, u otros síntomas debidos al tratamiento médico.
5. Colocación del baumanómetro digital en el brazo izquierdo para el registro de la tensión arterial.
6. Colocación del termistor de temperatura, en la zona tabaquera de la mano dominante, el registro se iniciaba una vez estabilizado.

En seguida se procedió a realizar el perfil psicofisiológico de acuerdo con las siguientes condiciones e instrucciones:

1. Sentada con los ojos abiertos (SOA): registrando cada 15 segundos por espacio de 2 minutos (el mismo intervalo de registro y lapso de tiempo se aplicará en las demás condiciones, excepto en la 6ª condición, en donde el tiempo de registro fué de 10 a 15 minutos). Se le indica a la paciente lo siguiente: "voy a tomarle mediciones durante 2 minutos, le pido que permanezca sentada con los ojos abiertos".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Sentada con los ojos cerrados (SOC): "ahora le pediré que permanezca sentada con los ojos cerrados durante 2 minutos, yo le indicaré cuando hayan transcurrido".

3. Parada con los ojos abiertos (POA).

4. Parada con los ojos cerrados (POC).

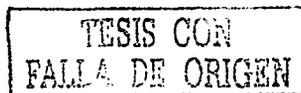
5. Sentada con respuesta de relajación natural; "ahora trate de estar lo más tranquila posible, para que logre conseguir un estado de relajación; yo le indicaré cuando iniciará y terminará esta actividad. Identifique la postura más cómoda, puede ser con ojos abiertos o cerrados".

Al final se solicitó a la paciente el nivel de su relajación en una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna relajación y 10 la máxima.

6. Sentada sin ninguna otra condición, se le pide a la paciente que hable de su enfermedad (estímulo estresor), para ello se aplicaron las siguientes preguntas:

- ¿Qué sabe acerca de su enfermedad?
- ¿Cómo reaccionó cuando el médico le dijo su diagnóstico?
- ¿Le dijeron que tipo de operación sería y en qué consistiría?
- ¿A qué atribuye la causa de su enfermedad?
- ¿Tiene algún sentimiento y/o temor relacionado con su enfermedad?
- ¿Ha sentido algún tipo de apoyo de su pareja y/o familia ante su enfermedad?
- ¿Cómo se sintió física y emocionalmente después de la cirugía?
- ¿Qué piensa acerca de su mastectomía o tumorectomía?

A las pacientes mastectomizadas se les aplicó también un cuestionario sobre cambios en la Imagen Corporal, adaptado de López, Polaino y Arranz, (1992). (Las respuestas a estas preguntas se encuentran en la sección de resultados, III-C).



En la tercera sesión se procedió a iniciar el entrenamiento en las técnicas cognoscitivo conductuales; Respiración diafragmática, Relajación profunda, Visualización de imágenes y Retroalimentación biológica, al grupo de intervención. Inicialmente la terapeuta explicó en que consistían las técnicas, y la importancia del cambio en las creencias acerca del cáncer. La intervención cognoscitiva se manejo por medio de una reestructuración de los pensamientos negativos de la paciente acerca del cáncer de mama.

Se realizaron dos sesiones individuales de tratamiento (3ª y 4ª) de una hora y media cada una, cada 3 o 4 semanas de acuerdo al tiempo disponible de la paciente, las cuales se desarrollaron de la siguiente manera:

1. En cada sesión se revisaban los autoregistros de náusea y vómito y se platicaba sobre su estado en las semanas anteriores. Se trabajaba con la paciente el cambio de sus patrones de pensamiento negativos sobre la enfermedad. Se le explicaba la influencia que ejercen las emociones negativas y el estrés en el organismo, se favorecía la expresión de los sentimientos de miedo y angustia ante la muerte. En el audiocassette se incluyeron los pensamientos positivos a adquirir para que la paciente lograra un cambio cognoscitivo y emocional sobre la enfermedad.

Se le aplicaban los cuestionarios el CACS, el IAB y el IDB.

2. Se midió la presión arterial inicial y se colocó el sensor de temperatura en la mano dominante, se esperó dos minutos aproximadamente durante los cuales la respuesta se estabilizó.
3. Se colocaron los audífonos en la paciente para que escuchara la grabación con las instrucciones de respiración, relajación y visualización. La voz de la grabación fue la de

la terapeuta. La duración de la grabación era de 30 minutos. El guión de la grabación empezaba de la siguiente forma: "...Recuerda que las creencias ejercen una gran influencia en las emociones, y estas influyen en tu organismo y en la recuperación de la salud. Tú puedes influenciar de manera significativa tus creencias, tus actitudes y tus emociones, lo que va a provocar un cambio en tu salud. A medida en que continúes practicando la relajación y la visualización de imágenes, vas a ir adquiriendo creencias saludables acerca del cáncer, las que se van a convertir en actitudes saludables. Esto es un proceso de aprendizaje, la estrategia esencial es imaginar al cáncer muy débil, al cuerpo muy fuerte y al tratamiento como muy efectivo. Las tres creencias saludables que vas a ir adquiriendo son; a) El cuerpo posee una habilidad natural para curarse a sí mismo. b) Los tratamientos médicos pueden ayudar a que el cuerpo se cure a sí mismo, haciéndolos tu aliado para recuperar la salud. c) El cáncer está compuesto de células débiles, confusas y deformadas. El cáncer es como una llamada de atención, que te indica la necesidad de efectuar un cambio en tu vida emocional y mental. Que necesitas aprender a responder al estrés de la vida de manera saludable..."

4. Al terminar la grabación se le medía la presión arterial final , y se le pedía que evaluara su relajación en una escala de 0 a 10 en donde, 0 es ninguna relajación y 10 máxima relajación. Se le retroalimentaba verbalmente ante las variaciones que hubiera tenido durante el monitoreo de su temperatura. Se le pedía también que observara los números que registraba el termómetro y el monitor de la presión arterial, antes y después de escuchar la grabación y que se diera cuenta si había habido alguna diferencia.

5. Al final de la tercera sesión se le proporcionó a la paciente un cassette con la misma grabación del guión de visualización, con las instrucciones de respiración y relajación para que lo escuchara en casa una o dos veces al día durante las semanas subsecuentes. Esta fue la tarea que se le asignó a la paciente.

En la **quinta sesión** se siguieron también los puntos anteriores 1 y 2, al grupo de intervención se le pidió que no utilizara la grabación sino que se autoinstruyera, reproduciendo las instrucciones que ya había escuchado y aprendido en el audiocassette durante los dos meses previos. Se registró la evaluación de relajación y la presión arterial final de la paciente.

Al grupo control en la tercera y cuarta sesiones, se le aplicaron los cuestionarios y se recogían los autoregistros de náusea y vómito cada 3 o 4 semanas. En la quinta sesión se realizaron registros de la temperatura periférica, y de la tensión arterial antes y después de una relajación natural sin intervención.

Finalmente, se hicieron dos sesiones de seguimiento mensuales con tres pacientes del grupo de intervención para estar al tanto de la utilización de los ejercicios aprendidos. En el seguimiento, debido a la circunstancia de disminución del número de pacientes, no se realizaron registros ni análisis estadísticos. El seguimiento fue desde la actividad clínica y terapéutica. A tres pacientes del grupo control se les entrenó terminada la investigación, en el uso de estas técnicas cognoscitivo-conductuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA DE SÍNTESIS DEL PROCEDIMIENTO

<i>GRUPO</i>	<i>DE INTER</i>	<i>VENCION</i>		
1ª sesión – pretest	2ª sesión - línea base o perfil psicofisiológico	3ª sesión - tratamiento	4ª sesión - tratamiento	5ª sesión - postest
• Entrevista	• Perfil psicofisiológico: 1. Promedio de temperif. 5 condiciones. 2. Promedio de la tensión arterial (inicial-final). 3. Evaluación de relajación natural. 4. Promedio temperif. Estresor 6ª condición.	• Interv. cognoscitiva • Relajación c/cassette: 1. Promedio de temperatura periférica (temperif.). 2. Promedio de la tensión arterial (TA). 3. Eval. de Relajación	• Interv. Cognoscitiva • Relajación c/cassette: 1. Promedio de temperif. 2. Promedio de TA 3. Eval. de Relajación	• Relajación s/cassette: 1. Promedio de temperif. 2. Promedio de TA 3. Eval. de Relajación
• Cuestionarios CACS, IDB, IAB. (1ª).		• Cuestiomarios CACS, IDB, IAB. (2ª).	• Cuestionarios CACS, IDB, IAB. (3ª).	• Cuestionarios CACS, IDB, IAB. (4ª).
• Auto-registro de náusea y vómito. (1ª).		• Auto-registro de náusea y vómito. (2ª).	• Auto-registro de náusea y vómito. (3ª).	• Auto-registro de náusea y vómito. (4ª).
		• Tarea: escuchar el cassette diario en casa.	• Tarea: escuchar el cassette diario en casa.	

<i>GRUPO</i>	<i>CONTROL</i>			
• Entrevista	• Perfil psicofisiológico: 1. Promedio de temperif. 5 condiciones. 2. Promedio de la tensión arterial (inicial-final). 3. Evaluación de relajación natural. 4. Promedio temperif. Estresor 6ª condición.			• Relajación natural: 1. Promedio de temperif. 2. Promedio de TA 3. Eval. de Relajación
• Cuestionarios CACS, IDB, IAB. (1ª).		• Cuestiomarios CACS, IDB, IAB. (2ª).	• Cuestionarios CACS, IDB, IAB. (3ª).	• Cuestionarios CACS, IDB, IAB. (4ª).
• Auto-registro de náusea y vómito. (1ª).		• Auto-registro de náusea y vómito. (2ª).	• Auto-registro de náusea y vómito. (3ª).	• Auto-registro de náusea y vómito. (4ª).

TESIS CON FALLA DE ORTOGRAFIA

RESULTADOS

Para dar cumplimiento a los objetivos de este estudio, los resultados se presentan de la siguiente manera:

- I. Características Sociodemográficas.
- II. Características relacionadas con el Diagnóstico Médico.
- III. Entrevista semiestructurada. Las respuestas a ésta, se agrupan de acuerdo a los siguientes datos:
 - A. Antecedentes médicos personales.
 - B. Características familiares.
 - C. Reacciones psicológicas y emocionales ante la enfermedad.
- IV. Pruebas no paramétricas.

Para determinar el comportamiento de las variables dependientes, es decir, de la ansiedad, de la depresión, de los síntomas de la náusea y el vómito, de la temperatura periférica y de la tensión arterial, se utilizó la prueba U-Mann de Whitney, que establece diferencias entre los grupos, en las tres etapas: pretest, tratamiento y postest.

Para las diferencias en las tres etapas por grupo, se realizó el análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon.
- V. Datos de las variables dependientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Características sociodemográficas

Edad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
35-37	2	20	0	0	2	10
38-40	1	10	4	40	5	25
41-43	1	10	0	0	1	5
44-46	3	30	0	0	3	15
47-49	2	20	3	30	5	25
50-52	0	0	1	10	1	5
53-56	1	10	2	20	3	15
Total	10	100	10	100	20	100
Media	43.9		46.2		45.5	

El promedio de edad para la muestra total fue de 45.5 años, con un rango de 35 a 56 años.

Escolaridad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Hasta 3er año de primaria	3	30	5	50	8	40
Primaria completa	3	30	3	30	6	30
Secundaria	1	10	2	20	3	15
Comercio	2	20	0	0	2	10
Normalista	1	10	0	0	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

Como puede apreciarse en la tabla, de la muestra total, 8 pacientes cursaron hasta el tercer año de primaria (40%), 6 la primaria completa (30%), 3 la secundaria (15%), 2 una carrera comercial (10%) y 1 maestra normalista (5%).



Estado Civil	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Casada	7	70	2	20	9	45
Soltera	0	0	2	20	2	10
Divorciada	0	0	1	10	1	5
Madre soltera	2	20	3	30	5	25
Viuda	1	10	1	10	2	10
Unión libre	0	0	1	10	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

En la muestra total la mayoría de las pacientes 45%, estaban casadas.

Ocupación	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Hogar	7	70	4	40	11	55
Obrera	1	10	2	20	3	15
Comerciante	1	10	2	20	3	15
Maestra	1	10	0	0	1	5
Campesina	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

En esta tabla se observa que 11 pacientes eran amas de casa (55%), 3 obreras (15%), 3 comerciantes (15%), 2 campesinas (10%) y 1 maestra (5%).

Nivel Socioeconómico	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bajo	8	80	9	90	17	85
Medio	2	20	1	10	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

En la muestra total 17 pacientes (85%) eran de nivel bajo, es decir, su percepción mensual era de uno a dos sueldos mínimos y 3 (15%) de nivel medio, 3 a 4 sueldos mínimos.

Lugar de Residencia	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
D.F.	2	20	0	0	2	10
Estado de México	7	70	6	60	13	65
Provincia	1	10	4	40	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

En la tabla se observa que 13 pacientes eran del estado de México (65%), 5 de provincia (25%) y 2 del Distrito Federal (10%).

Tiempo de Evolución	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0-1 mes	0	0	2	20	2	10
1-4 meses	4	40	5	50	9	45
4-8 meses	2	20	2	20	4	20
1-2 años	2	20	0	0	2	10
2-4 años	2	20	1	10	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

De la muestra total 9 pacientes recibieron su diagnóstico de cáncer de 1 a 4 meses antes de la intervención psicológica (45%), 4 pacientes de 4 a 8 meses (20%), 3 pacientes de 2 a 4 años (15%), 2 pacientes de 1 a 2 años (10%) y 2 pacientes menos de 1 mes (10%).

II. Características relacionadas con el diagnóstico médico

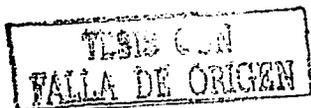
*Estadio del Cáncer	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
IIA-T2N0M0	2	20	0	0	2	10
IIB-T2N1M0	2	20	1	10	3	15
IIB-T3N0M0	1	10	0	0	1	5
IIIA-T2N2M0	1	10	0	0	1	5
IIIA-T3N1-N2M0	2	20	2	20	4	20
IIIB-T4N1-N2M0	1	10	5	50	6	30
IV-TNM1	1	10	2	20	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

De la muestra total 2 pacientes fueron diagnosticadas en el estadio IIA (10%), 4 pacientes en el estadio IIB (20%), 5 en el estadio IIIA (25%), 6 en el estadio IIIB (30%) y 3 en el estadio IV (15%). El 70% de la muestra se diagnosticó en etapas avanzadas del cáncer.

(*El significado de la clasificación clínica se encuentra en la página 10).

Tipo de Mastectomía	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin M.	2	20	3	30	5	25
Radical	0	0	1	10	1	5
Radical Modificada	8	80	5	50	13	65
M. total	0	0	1	10	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

13 pacientes tuvieron mastectomía radical modificada (65%), 1 mastectomía radical (5%), y 1 mastectomía total (5%).



Tipo de Tumor	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Carcinoma canalicular	10	100	6	60	16	80
Carcinoma medular	0	0	2	20	2	10
Carcinosarcoma	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

De la muestra total 16 pacientes presentaron carcinoma canalicular infiltrante (80%),
2 carcinoma medular (10%) y 2 carcinosarcoma (10%).

Medicamentos	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
FEC	6	60	4	40	10	50
CMF	2	20	0	0	2	10
AC	1	10	2	20	3	15
CFA	0	0	2	20	2	10
CMF y FEC	1	10	1	10	2	10
FEC y CFA	0	0	1	10	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

La tabla muestra que 10 pacientes fueron tratadas con FEC; 5-fluorouracil, Epirubicina y ciclofosfamida (50%), 2 con CMF; ciclofosfamida, methotrexate y 5-fluorouracil (10%), 3 con AC; doxorubicin y ciclofosfamida (15%), 2 con CFA; ciclofosfamida, 5-fluorouracil y doxorubicin (10%) y 2 con CMF Y FEC.(10%).

Esquema de tratamiento	Grupo de Intervención		Grupo Control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Qt. Ra. Ma. Qt.	3	30	0	0	3	15
Ma. Qt. Ra. Qt.	3	30	0	0	3	15
Ma. Qt.	1	10	4	40	5	25
Ma. Qt. Ra.	2	20	2	20	4	20
Qx. Ra. Qt.	0	0	1	10	1	5
Qt. Ra. Qx.	1	10	2	20	3	15
Qt. Ra. Qx. Qt. H.	0	0	1	10	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

De la muestra total 5 pacientes fueron tratadas con mastectomía y quimioterapia (25%), 4 con mastectomía, quimioterapia y radioterapia (20%), 6 con quimioterapia, radioterapia, mastectomía y una segunda fase de quimioterapia (30%), 4 con quimioterapia, radioterapia y tumorectomía (20%) y 1 con quimioterapia, radioterapia, tumorectomía, quimioterapia y hormonal (5%).

III. Entrevista

A. Antecedentes médicos personales

Dado el papel atribuido en la literatura a algunas variables como factores de riesgo asociadas a la enfermedad del cáncer de mama, se presentan algunos datos para estudiar esta relación.

1. Inicio de la Menarca

Edad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
10	0	0	1	10	1	5
11	3	30	0	0	3	15
12	2	20	2	20	4	20
13	4	40	4	40	8	40
15	1	10	1	10	2	10
16	0	0	1	10	1	5
17	0	0	1	10	1	5
Total	10	100	10	100	20	100
Media	12.4		13.4		12.9	

En esta tabla se observa que el 40% de las pacientes, en total 8 iniciaron la menarca a los 13 años de edad. Sólo el 20% de la muestra total iniciaron antes de los 12 años de edad.

2. Inicio de la Menopausia

Edad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
35-47	5	50	7	70	12	60
25	0	0	1	10	1	5
40-43	2	20	0	0	2	10
45-49	3	30	0	0	3	15
50-54	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

El 60% de la muestra total, 12 pacientes, fueron premenopausicas y el 40% menopausicas, con una edad de inicio que va de 40 a 54 años de edad. Una paciente inició a los 25 años por una histerectomía temprana.

3. Número de gestas o embarazos

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	0	0	2	20	2	10
1	1	10	1	10	2	10
2	2	20	2	20	4	20
3	1	10	1	10	2	10
4	4	40	2	20	6	30
5-8	2	20	2	20	4	20
Total	10	100	10	100	20	100

El 30% de la muestra total, 6 pacientes, tuvieron 4 gestas, lo que corresponde al 40%, 4 pacientes, en el grupo de intervención. El 10% de la muestra total. 2 pacientes, no tuvo ninguna gesta.

4. Número de partos

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	1	10	4	40	5	25
1	2	20	1	10	3	15
2	1	10	1	10	2	10
3	1	10	2	20	3	15
4	4	40	0	0	4	20
6-8	1	10	2	20	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

Como puede observarse en esta tabla, el 25% de la muestra total, 5 pacientes, no tuvo ningún parto. Un 40% correspondiente al grupo de intervención tuvo 4 partos.

5. Número de abortos

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	7	70	8	80	15	75
1	3	30	2	20	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

En la muestra total el 25%, 5 pacientes, tuvieron un aborto, el 75% ninguno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Número de Cesáreas

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	6	60	6	60	12	60
1	3	30	2	20	5	25
2	1	10	2	20	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

El 25% de la muestra total, 5 pacientes, tuvieron una cesárea.

7. Edad al primer parto

Edad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18-24	5	50	3	30	8	40
25-31	4	40	3	30	7	35
32-40	1	10	2	20	3	15
----	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

En esta tabla se observa que dos pacientes del grupo control no tuvieron partos. El 75% de la muestra total tuvieron su primer parto entre 18 a 31 años de edad, el 15% de 32 a 40 años.

8. Edad al último parto

Edad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
29-35	6	60	4	40	10	50
36-42	4	40	4	40	8	40
----	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

El 50% de la muestra total tuvieron su último parto de los 29 a 35 años de edad.

9. Número de lactancias

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	3	30	3	30	6	30
1-3	3	30	5	50	8	40
4-6	4	40	2	20	6	30
Total	10	100	10	100	20	100

El 30% de la muestra total no lactaron, el 70% si tuvieron lactancias.

10. Chequeo de mama

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	5	50	1	10	6	30
No	5	50	9	90	14	70
Total	10	100	10	100	20	100

El 70% de las pacientes no se hizo el chequeo de la mama durante el año anterior a la detección del cáncer. Se observa que el 90% del grupo control, 9 pacientes, no se checkaron.

11. Chequeo de Papanicolau

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Free.	%	Free.	%	Free.	%
Si	8	80	2	20	10	50
No	2	20	8	80	10	50
Total	10	100	10	100	20	100

Se observa que el 50% de la muestra total si se realizo la prueba del papanicolau durante el año anterior a la detección del cáncer de mama. Sin embargo, el 80% del grupo control no se la había realizado.

12. Uso de métodos anticonceptivos

Método	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Free.	%	Free.	%	Free.	%
Anticoncep. Orales	2	20	2	20	4	20
Condones	1	10	0	0	1	5
Ritmo menstrual	3	30	1	10	4	20
Nada	4	40	7	70	11	55
Total	10	100	10	100	20	100

El 55% de la muestra total no utilizaba ningún método anticonceptivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Enfermedad asociada

Enfermedad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Hipertensión	1	10	1	10	2	10
Diabetes	1	10	1	10	2	10
Gastrointestinales	1	10	2	20	3	15
Tabaquismo	1	10	1	10	2	10
Hipertensión y obesidad	2	20	1	10	3	15
Miomatosis uterina	2	20	1	10	3	15
Artritis	0	0	1	10	1	5
Ninguna	2	20	2	20	4	20
Total	10	100	10	100	20	100

En esta tabla no se observan diferencias significativas entre los grupos.

14. Antecedentes familiares de cáncer de mama

El 90% del grupo de intervención no tuvo ningún antecedente, sólo una paciente, 10%, refirió una tía materna con cáncer de mama.

En el grupo control el 100% no tuvo ningún antecedente.

Por lo tanto, el 95% de la muestra total no presentó antecedentes familiares de cáncer de mama.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15. Otro tipo de cáncer en la familia

En el grupo de intervención el 50% de las pacientes no tuvo familiares con otro tipo de cáncer, el 40% refirió familiares con cáncer pulmonar, de estómago y de piel.

En el grupo control el 90% no tuvo familiares con otro tipo de cáncer, sólo el 10% refirió cáncer pulmonar.

B. Características Familiares

A continuación se muestran algunas características familiares:

1. Número de hermanos

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	2	20	2	20	4	20
1-3	4	40	7	70	11	55
4-6	4	40	1	10	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

El 55% de la muestra total, 11 pacientes, tenían entre 1 a 3 hermanos.

ANÁLISIS
FALLA DE ORIGEN

2. Número de hermanas

Núm.	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	0	0	2	20	2	10
1-3	7	70	4	40	11	55
4-6	2	20	4	40	6	30
7-8	1	10	0	0	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

El 55% de la muestra, tenían de 1 a 3 hermanas.

3. Orden de nacimiento entre sus hermanos y hermanas.

Orden	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1º	4	40	5	50	9	45
2º-4º	4	40	3	30	7	35
5º-6º	2	20	2	20	4	20
Total	10	100	10	100	20	100

El 45% de la muestra total, 9 pacientes, fueron las primogénitas, el 35% ocupaban del 2º al 4º lugar en el orden de nacimiento.

4. Viven sus padres

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No	4	40	5	50	9	45
Si	0	0	3	30	3	15
Solo el padre	2	20	1	10	3	15
Solo la madre	4	40	1	10	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

De la muestra total, el 45% de las pacientes, no tenían padres.

5. Edad de la paciente al casarse

Edad	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
14-18	1	10	2	20	3	15
19-25	7	70	3	30	10	50
28-33	2	20	4	40	6	30
39	0	0	1	10	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

El 50% de la muestra total se casaron entre 19 a 25 años de edad.

6. ¿Cómo es la comunicación con su pareja?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Poca comunicación con violencia verbal	1	10	1	10	2	10
Mala comunicación con violencia física	4	40	3	30	7	35
Regular comunicación	3	30	2	20	5	25
Buena comunicación confianza y respeto	2	20	1	10	3	15
Sin pareja	0	0	3	30	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

El 35% de la muestra total, 7 pacientes, manifestaron tener mala comunicación con violencia física por parte de su pareja hacia ellas. El 25% manifestaron regular comunicación. El 10% tenían poca comunicación con violencia verbal.

7. ¿Cómo es la relación con sus hijos?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Los regaña mucho	2	20	1	10	3	15
Mal, le cuesta trabajo educarlos	2	20	3	30	5	25
Se desespera con ellos.	0	0	1	10	1	5
Se lleva bien con ellos	6	60	3	30	9	45
Sin hijos	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

El 45% de la muestra total manifestó llevarse bien con sus hijos. El 25% manifestó que les costaba trabajo educarlos.

8. Situación de la vida familiar que le afectó emocionalmente.

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Maltrato físico de la madre en la infancia	2	20	2	20	4	20
Muerte de la madre en la infancia	2	20	1	10	3	15
Muerte del padre	3	30	0	0	3	15
No conoció a sus padres	0	0	3	30	3	15
Muerte de un hijo	1	10	0	0	1	5
Padre alcohólico	1	10	0	0	1	5
Esposo alcohólico	1	10	4	40	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

El 25% de la muestra total manifestó haber sido afectada emocionalmente por la convivencia con un esposo alcohólico. El 20% por el maltrato físico de la madre en la infancia. Se observa que el 50% de las pacientes perdieron a un ser querido, situación que les afectó emocionalmente en el transcurso de sus vidas.

9. ¿Cómo es generalmente su estado de ánimo?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alegre	1	10	2	20	3	15
Tranquila, pasiva	2	20	1	10	3	15
Introversa, poco expresiva	1	10	2	20	3	15
Enojona y gritona	4	40	3	30	7	35
Resentida y rencorosa	2	20	2	20	4	20
Total	10	100	10	100	20	100

El 35% de la muestra total, 7 pacientes, expresó tener un estado de ánimo cotidiano de enojo. El 20% se manifestó como resentidas y rencorosas. Un 30% se consideró como tranquilas e introvertidas y el 15% como alegres.

C. Reacciones psicológicas y emocionales ante la enfermedad

Otras variables importantes que podrían interactuar en la respuesta al estrés e influir en la evolución de la enfermedad son:

1. ¿Qué sabe acerca de su enfermedad?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Nada	5	50	2	20	7	35
El cáncer puede invadir el cuerpo	1	10	2	20	3	15
Son células malignas y mortales	2	20	6	60	8	40
Es curable si se detecta a tiempo	2	20	0	0	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

El 40% de la muestra total expresó que el cáncer son células malignas y mortales, el 35% no sabía nada acerca del cáncer de mama.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

2. ¿Cómo reaccionó cuando el médico le dijo su diagnóstico?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con llanto y tristeza	4	40	6	60	10	50
No sintió nada	2	20	0	0	2	10
Pensó que se iba a morir	1	10	1	10	2	10
Miedo y angustia	3	30	3	30	6	30
Total	10	100	10	100	20	100

El 50% de las pacientes reaccionó con llanto y tristeza al recibir su diagnóstico de cáncer de mama. En general el 100% tuvo cierto impacto emocional.

3. ¿Le dijeron que tipo de operación sería y en qué consistiría el tratamiento?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	8	80	5	50	13	65
No	1	10	1	10	2	10
Más o menos	1	10	4	40	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

El 65% de las pacientes si recibió información acerca de la intervención quirúrgica y del tipo de tratamiento médico que se les aplicaría.

4. ¿A qué atribuye la causa de su enfermedad?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Λ la no lactancia	2	20	2	20	4	20
Λ un golpe físico	2	20	3	30	5	25
No se revisó a tiempo	2	20	1	10	3	15
Dios se la mandó para que rectificara su vida	1	10	0	0	1	5
No sé	1	10	4	40	5	25
Por ser enojona	1	10	0	0	1	5
Por herencia	1	10	0	0	1	5
Total	10	100	10	100	20	100

El 25% de las pacientes atribuyó la causa de su enfermedad a un golpe físico y, otro 25% no sabía a que atribuir la causa. El resto se distribuye como se observa en la tabla.

5. ¿Tiene algún sentimiento y/o temor relacionado con su enfermedad

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Temor a que salga en otra parte del cuerpo	5	50	3	30	8	40
Temor a morir	1	10	6	60	7	35
Arrepentimiento de no haberse revisado a tiempo	1	10	0	0	1	5
Incertidumbre del desarrollo de la enfermedad	3	30	1	10	4	20
Total	10	100	10	100	20	100

El 5%, una paciente, expresó sentir arrepentimiento de no haberse revisado a tiempo para prevenir el cáncer. El 35% expresó temor a morir, y el 40% temor a que saliera en otra parte del cuerpo.

6. ¿Ha tenido algún tipo de apoyo de su pareja y/o familia ante su enfermedad?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Apoyo económico	0	0	2	20	2	10
Apoyo moral	1	10	0	0	1	5
Apoyo afectivo	1	10	0	0	1	5
Apoyo económico moral y afectivo	6	60	6	60	12	60
Apoyo moral y afectivo	2	20	0	0	2	10
Ningún apoyo	0	0	2	20	2	10
Total	10	100	10	100	20	100

El 60% de las pacientes si recibió apoyo familiar en la enfermedad.

7. ¿Cómo se sintió física y emocionalmente después de la cirugía?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con tristeza y llanto	1	10	2	20	3	15
No quería ver la herida	3	30	1	10	4	20
Con miedo y angustia	2	20	4	40	6	30
Temía el rechazo de su pareja	1	10	0	0	1	5
Se sintió bien	2	20	1	10	3	15
Ansiosa	1	10	2	20	3	15
Total	10	100	10	100	20	100

Como puede observarse en la tabla, sólo el 15% de las pacientes se sintieron bien después de la cirugía, el resto expresó emociones de tristeza, miedo, angustia y ansiedad.

8. ¿Qué piensa acerca de su mastectomía?

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Es terrible, es una amputación	3	30	4	40	7	35
Si es para curarse esta bien	3	30	2	20	5	25
Si me hubiera dado cuenta a tiempo, la hubiera evitado	2	20	1	10	3	15
Sin mastectomía	2	20	3	30	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

El 35% de las pacientes expresaron que su mastectomía era terrible.

9. Cambios en la imagen corporal

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Muestra Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No aceptación leve	1	10	0	0	1	5
No aceptación moderada	3	30	2	20	5	25
No aceptación grave	4	40	5	50	9	45
Sin mastectomía	2	20	3	30	5	25
Total	10	100	10	100	20	100

El 75% de las pacientes presentó problemas con la aceptación de su imagen corporal debido a la mastectomía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. Pruebas no Paramétricas

Otros objetivos particulares señalados en este estudio fueron la evaluación de la ansiedad, de la depresión y de los síntomas de la náusea y el vómito, así como, mediciones de la temperatura periférica y de la tensión arterial, las cuales fueron las variables dependientes.

Se efectuaron cinco sesiones; pretest (1ª sesión), perfil psicofisiológico (2ª sesión), tratamiento (3ª y 4ª sesiones) y postest (5ª sesión).

Para determinar las diferencias entre los grupos por sesión, el análisis estadístico no-paramétrico utilizó la prueba **U-Mann de Whitney**, obteniéndose los siguientes resultados:

En la **primera sesión** o pretest y en la **tercera sesión**, inicio del tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ansiedad, depresión, náusea y vómito. Los valores para estas variables fueron:

Iª sesión	Valor de U	Nivel de significancia $p < 0.05$
Cacslc	43	0.63
Cacsls	46	0.79
Depresiónl	25	0.06
Ansiedadl	33	0.21
Vómitol	43	0.63
Náuseal	47	0.85

TESIS U...
FALLA DE ORIGEN

3ª sesión	Valor de U	Nivel de significancia $p < 0.05$
Cacs2c	43	0.63
Cacs2s	48	0.91
Depresión2	33	0.21
Ansiedad2	35	0.27
Vómito2	33	0.21
Náusea2	49	0.97

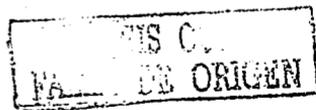
En la cuarta sesión si hubo diferencias en depresión, náusea y vómito. Para la depresión se encontró un valor de $U=15$ con un nivel de significancia de $p < 0.006$.

Para la náusea el valor de $U=23$ con un nivel de significancia de $p < 0.04$.

Para el vómito se obtuvo un valor de $U=17$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$

Para la ansiedad los valores encontrados fueron:

4ª sesión	Valor de U	Nivel de significancia $p < 0.05$
Cacs3c	44	0.68
Cacs3s	48	0.91
Ansiedad3	35	0.27



En la **quinta sesión** también hubo diferencias en depresión, náusea y vómito. Se encontraron además, diferencias en la tensión arterial y en la evaluación de relajación. Los valores fueron:

Para la depresión se encontró un valor de $U=14.5$ con $p<0.005$ de significancia.

Para la náusea se encontró un valor de $U=3$ con $p<0.0001$ de significancia.

Para el vómito se encontró un valor de $U=21$ con $p<0.02$ de significancia.

Para la tensión arterial el valor fue de $U=22$ con $p<0.03$ de significancia.

Para la evaluación de relajación se obtuvo un valor de $U=3$ con $p<0.0001$ de significancia.

Los resultados de las demás variables fueron:

5ª sesión	Valor de U	Nivel de significancia $p<0.05$
Cacs4c	36	0.31
Cacs4s	46	0.79
Ansiedad4	25	0.06
Temperif.	31	0.16

En la **segunda sesión** sólo se realizaron mediciones de la temperatura periférica y de la tensión arterial en el perfil psicofisiológico o línea base. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los valores para las variables fueron los siguientes:

2ª sesión	Valor de U	Nivel de significancia $p < 0.05$
Condición1	36	0.31
Condición2	40	0.48
Condición3	42	0.57
Condición4	39	0.43
Condición5	38	0.39
Promtemperif. 5 condiciones	39	0.43
Promedio TA	40	0.48
Eval.Relax.	50	1.00
Promtemperif. 6ª cond.	46	0.79

Finalmente se realizó el análisis estadístico con la prueba de **Wilcoxon** que permite la comparación de dos variables por grupo. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

En el grupo de intervención hubo algunas diferencias estadísticamente significativas pretest-postest. El postest fué mayor en:

Para **depre2** con **depre3** (la segunda aplicación del inventario de depresión de Beck, con la tercera aplicación del mismo inventario), se encontró un valor de $Z = -2.02$ con un nivel de significancia de $p < 0.04$.

Para **náusea2** con **náusea4** (segundo con cuarto auto-registros de la náusea), se encontró un valor de $Z = -2.52$ con un nivel de significancia de $p < 0.011$.

Para las demás variables no hubo diferencias estadísticamente significativas como puede observarse en la siguiente tabla:

Variabales	Valor de Z	Nivel de Significancia $p < 0.05$
Caes1c-caes4c	-0.41	0.67
Caes1s-caes4s	-0.41	0.67
Caes2c-caes3c	-0.28	0.77
Caes2s-caes3s	-0.15	0.87
Depre1-depre4	-1.01	0.30
Depre1-depre3	-0.96	0.33
Depre3-depre4	-0.77	0.44
Depre2-depre4	-1.54	0.12

Ansic1-ansic4	-0.29	0.76
Ansic2-ansic3	-1.26	0.20
Ansic1-ansic3	-0.47	0.63
Ansic3-ansic4	-1.54	0.12
Ansic2-ansic4	-0.28	0.77
Vom1-vom4	-0.63	0.52
Vom2-vom3	-1.01	0.31
Vom1-vom3	-0.33	0.73
Vom2-vom4	-0.23	0.81
Vom3-vom4	-0.16	0.86
Nau1-nau4	-1.77	0.07
Nau2-nau3	-1.40	0.16
Nau1-nau3	-0.41	0.67
Nau3-nau4	-1.48	0.13

TESIS C...
FALLA DE ORIGEN

En el grupo control el posttest fué mayor en las siguientes variables:

Para CACS1c con CACS4c (primera con cuarta aplicación del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva Somática, escala cognoscitiva), se encontró un valor de $Z = -2.24$ con un nivel de significancia de $p < 0.02$.

Para CACS1s con CACS4s (primera con cuarta aplicación del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva Somática, escala somática), se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

Para depre1 con depre4 (primera con cuarta aplicación del inventario), se encontró un valor de $Z = -1.95$ con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

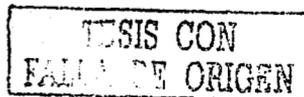
Para depre2 con depre3, se encontró un valor de $Z = -2.42$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Para depre2 con depre4, se encontró un valor de $Z = -2.49$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Para depre3 con depre4, se encontró un valor de $Z = -2.01$ con un nivel de significancia de $p < 0.04$.

Para ansiedad1 con ansiedad4 (primera con cuarta aplicación del inventario de ansiedad de Beck), se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

Para ansiedad2 con ansiedad4, se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.



Para ansiedad3 con ansiedad4, se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

Para vom1 con vom4 (primero con cuarto auto-registros del vómito), se encontró un valor de $Z = -2.66$ con un nivel de significancia de $p < 0.007$.

Para vom1 con vom3, se encontró un valor de $Z = -2.36$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Para vom2 con vom4, se encontró un valor de $Z = -2.36$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Para vom3 con vom4, se encontró un valor de $Z = -2.36$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Para nau1 con nau4 (primero con cuarto auto-registros de la náusea), se encontró un valor de $Z = -2.52$ con un nivel de significancia de $p < 0.011$.

Para nau1 con nau3, se encontró un valor de $Z = -2.20$ con un nivel de significancia de $p < 0.02$.

Para nau2 con nau4, se encontró un valor de $Z = -2.36$ con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Para nau3 con nau4, se encontró un valor de $Z = -2.20$ con un nivel de significancia de $p < 0.02$.

Con respecto a las variables del tratamiento, es decir, las mediciones de la temperatura periférica (temp), de la tensión arterial (ta) y de la evaluación de relajación (EvRe), se encontraron los siguientes resultados estadísticamente significativos:

En el grupo de intervención las diferencias pretest – postest fueron:

Para temp3 - temp2 (promedio de temperatura periférica de la tercera sesión con el promedio de la temperatura periférica de la segunda sesión), se encontró un valor de $Z = -2.70$ con un nivel de significancia de $p < 0.0069$.

Para temp3 – temp5, se encontró un valor de $Z = -2.19$ con un nivel de significancia de $p < 0.028$.

Para temp5 – temp2, se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

Para tempresor2 – temp2 (promedio de la temperatura periférica ante estresor 6ª condición en la segunda sesión, con el promedio de la temperatura periférica de las 5 condiciones dentro del perfil psicofisiológico en la misma sesión), se encontró un valor de $Z = -2.49$ con un nivel de significancia de $p < 0.0125$.

Para tempresor2 – temp3, se encontró un valor de $Z = -2.08$ con un nivel de significancia de $p < 0.0367$.

Para tempresor2 – temp4, se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.0051$.

Para $\text{tempresor2} - \text{temp5}$, se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.0051$.

Para $\text{EvRena2} - \text{EvRe3}$ (evaluación de relajación natural en la segunda sesión con evaluación de relajación con cassette en la tercera sesión), se encontró un valor de $Z = -2.39$ con un nivel de significancia de $p < 0.0166$.

Para $\text{EvRena2} - \text{EvRe4}$, se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

Para $\text{EvRena2} - \text{EvRe5}$ (evaluación de relajación natural segunda sesión con evaluación de relajación sin cassette en la quinta sesión), se encontró un valor de $Z = -2.80$ con un nivel de significancia de $p < 0.005$.

Para $\text{EvRe5} - \text{EvRe3}$, se encontró un valor de $Z = -2.20$ con un nivel de significancia de $p < 0.027$.

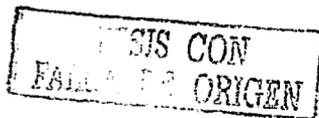
Para $\text{ta3} - \text{ta2}$ (promedio de la tensión arterial en la tercera sesión con el promedio de la tensión arterial en la segunda sesión), se encontró un valor de $Z = -1.95$ con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Para $\text{ta4} - \text{ta2}$, se encontró un valor de $Z = -2.49$ con un nivel de significancia de $p < 0.0125$.

Para $\text{ta3} - \text{ta5}$, se encontró un valor de $Z = -2.29$ con un nivel de significancia de $p < 0.0218$.

Para $\text{ta4} - \text{ta5}$, se encontró un valor de $Z = -2.49$ con un nivel de significancia de $p < 0.0125$.

Para $\text{ta5} - \text{ta2}$, se encontró un valor de $Z = -2.70$ con un nivel de significancia de $p < 0.0069$.



En el **grupo control** hubo diferencias en las siguientes variables:

Para temp5 – temp2, se encontró un valor de $Z = -2.24$ con un nivel de significancia de $p < 0.024$.

Para ta5 – ta2, se encontró un valor de $Z = -2.59$ con un nivel de significancia de $p < 0.009$.

Para tempestresor2 – temp2, se encontró un valor de $Z = -2.19$ con un nivel de significancia de $p < 0.0284$.

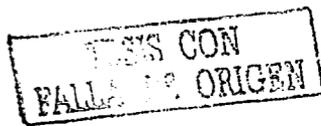
Para EvRe2 – EvRe5, se obtuvo un valor de $Z = -0.91$ con un nivel de significancia de $p < 0.36$, lo cual indica que no hubo diferencias significativas entre estas dos variables.

ANÁLISIS CON
FUENTE DE ORIGEN

V. Datos estadísticos de las variables dependientes

La siguiente tabla contiene las medias por grupo y sesión para cada una de las mediciones de las variables de ansiedad, depresión, náusea, vómito, temperatura periférica y tensión arterial. Se muestran también las medias de las mediciones de la temperatura periférica en la línea base y las medias de las evaluaciones de relajación. Se ha incluido junto a la media el nivel cualitativo de depresión y ansiedad de acuerdo a los inventarios de Beck y del CACS.

Variables	Grupo de Intervención	Grupo Control
Cacs1c	2.18 media	2.30 media
Cacs1s	1.99 baja	1.61 baja
Cacs2c	1.96 baja	2.17 media
Cacs2s	1.95 baja	1.77 baja
Cacs3c	2.00 media	2.21 media
Cacs3s	2.06 media	1.97 baja
Cacs4c	2.13 media	2.51 media
Cacs4s	2.13 media	2.21 media
Depre1	10.4 leve	16.8 leve
Depre2	11.1 leve	15.5 leve
Depre3	9.0 normal	17.8 moderada
Depre4	8.9 normal	19.8 moderada
Ansie1	12.3 leve	15.5 leve
Ansie2	12.2 leve	15.5 leve
Ansie3	13.2 leve	17.7 leve
Ansie4	11.9 leve	20.5 moderada



Vom1	4.4 regular	5.5 regular
Vom2	5.3 regular	7.4 mucho
Vom3	4.5 regular	7.9 mucho
Vom4	3.6 poco	9.1 bastante
Nausea1	5.0 regular	5.4 regular
Nausea2	5.7 regular	6.7 regular
Nausea3	5.1 regular	6.9 mucho
Nausea4	3.9 poco	8.1 mucho
Condición 1	87.68	90.25
Condición 2	88.01	90.42
Condición 3	87.92	90.08
Condición 4	87.75	89.82
Condición 5	87.97	90.48
Promedio temp2	87.80	90.20
Condición 6.	86.73	88.76
Temp3	86.75	0
Temp4	90.15	0
Temp5	86.98	89.4
Ta2	127/85	134/92
Ta3	106/76	0
Ta4	117/78	0
Ta5	119/69	129/75
EvRe 2	3.5 poca	3.4 poca
EvRe 3	7.8 mucha	0
EvRe 4	8.1 mucha	0
EvRe 5	7.4 mucha	3.4 poca

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

Las siguientes tablas muestran por grupo y sesión las frecuencias de los autoregistros de náusea, de vómito y de la evaluación de relajación de las 20 pacientes.

	Nausea 1		Nausea 2		Nausea 3		Nausea 4	
	Inter.	Con.	Inter.	Con.	Inter.	Con.	Inter.	Con.
Nada 0	3	1	1	0	1	0	3	0
Poca 1-3	1	1	3	1	2	1	2	0
Regular 4-6	1	5	1	4	3	4	1	1
Mucho 7-8	4	2	2	2	2	2	4	5
Bastante 9-10	1	1	3	3	2	3	0	4
Total	10	10	10	10	10	10	10	10

	Vómito 1		Vómito 2		Vómito 3		Vómito 4	
	Inter.	Con.	Inter.	Con.	Inter.	Con.	Inter.	Con.
Nada 0	4	1	2	0	2	0	3	0
Poca 1-3	1	0	2	0	3	0	2	0
Regular 4-6	1	5	1	3	0	3	1	1
Mucho 7-8	2	3	3	4	4	2	4	1
Bastante 9-10	2	1	2	3	1	5	0	8
Total	10	10	10	10	10	10	10	10

	EvRe 2		EvRe 5		Grupo Inter.	
	Inter.	Con.	Inter.	Con.	EvRe 3	EvRe 4
Ninguna 0	0	0	0	0	0	0
Poca 1-3	5	3	0	6	0	0
Regular 4-6	5	7	0	4	2	0
Mucho 7-8	0	0	8	0	6	9
Máxima 9-10	0	0	2	0	2	1
Total	10	10	10	10	10	10

TESIS
FALLA DE CALLEN

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

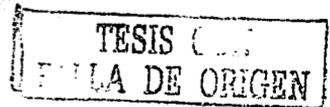
Como se señaló en la sección de resultados, las características sociodemográficas de la muestra de este estudio realizado con 20 pacientes del Hospital de la mujer, presentaron una edad media de 45.5 años con un rango de 35 a 56 años de edad.

La escolaridad del 85% de la muestra abarcó desde el tercer año de primaria hasta la secundaria. Así mismo, este porcentaje fue de nivel socioeconómico bajo, con una percepción mensual de uno a dos sueldos mínimos.

En cuanto al lugar de residencia de las pacientes, 13 vivían en el estado de México, 5 en provincia y las dos restantes en el D.F.

Cabe señalar que una de las limitaciones en el desarrollo de este estudio fue la falta de recursos económicos y el lugar de residencia del 90% de la muestra. Las pacientes no podían acudir cada semana al hospital para la consulta psicológica por razones de la distancia de sus hogares al hospital, además de que en ocasiones no contaban con el dinero necesario para el transporte. Debido a ello, el número total de sesiones individuales de esta investigación que pudieron llevarse a cabo, fueron cinco, con un intervalo de tiempo de 3 a 4 semanas entre cada sesión, éstas se hicieron coincidir con las fechas en que las pacientes acudían al tratamiento de quimioterapia, generalmente, se les intervenía antes de dicha quimioterapia.

En este contexto, resulta necesario comprender la relevancia de tratar de integrar un proyecto de investigación, con la atención y el servicio más adecuado y oportuno para favorecer a las enfermas que no tienen acceso a otros servicios de salud (IMSS, ISSSTE, etc.) ni posibilidades de pagar por el cuidado de su salud en un ámbito privado.



En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, es decir, la fecha en la que la paciente recibió el diagnóstico de cáncer a la fecha en que fue intervenida psicológicamente, transcurrieron de uno a ocho meses, en el 75% de la muestra total, por lo que se considera que la atención y el servicio dado a las pacientes fue oportuno.

Por lo que respecta a las características relacionadas con el diagnóstico médico, los resultados indican que el 70% de la muestra se diagnosticó en los estadios III y IV del cáncer, que son etapas avanzadas, dado que las probabilidades de supervivencia a los 5 años van del 10 al 41%; en estos estadios. Si se considera que el cáncer del seno en nuestro país ocupa el segundo lugar en mortalidad, es preocupante que la enfermedad sea descubierta en estos estadios, ya que ello muestra por una parte, una carencia de información de la población en general para atenderse oportunamente y por otra parte, una insuficiente campaña informativa educativa y de detección temprana del cáncer mamario. En este punto cabe pensar en una concepción de salud integral, y en el desarrollo de futuros estudios en los cuales además de valorar las causas biológicas y los factores de riesgo, se valore también las creencias, los temores, la atribución social y las actitudes de las personas acerca del cáncer mamario, ya que ello podría inhibir la búsqueda de atención médica para una detección temprana del cáncer. El psicólogo de la salud es un recurso importante que puede promover la participación de las personas en el auto-cuidado de la salud y, además, está capacitado para desarrollar estrategias de intervención preventivo educativas más directas para incidir sobre los aspectos psico-emocionales de la población con respecto a las creencias y temores sobre el cáncer y su curabilidad.



En las variables relacionadas con el diagnóstico médico como son; tipo de tumor, medicamentos y esquema de tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. La mastectomía se realizó a 15 pacientes, 75% de la muestra total, antes de la intervención psicológica. Después de la mastectomía se les aplicó la quimioterapia y en algunos casos también la radioterapia.

Los resultados de la entrevista semiestructurada se agruparon en tres apartados, en el primero se estudiaron los antecedentes médicos personales, los cuales son variables asociadas a la presentación del cáncer de mama y, a las que se les ha llamado factores de riesgo. Estos factores según se ha señalado en la literatura médica, se les considera como factores genéticos, endocrinos, fisiopatológicos y socioculturales importantes en la etiología de esta enfermedad.

En este estudio dichos factores fueron los siguientes:

Edad, mujeres mayores de 40 años – **13 pacientes, 65%** de la muestra fueron mayores de 40 años.

Factores de riesgo relacionados con los antecedentes clínicos personales:

Menarca antes de los 12 años – **4 pacientes, 20%** de la muestra iniciaron su menarca antes de los 12 años.

Menopausia después de los 50 años – **2 pacientes, 10%**.

Nuliparidad – **2 pacientes, el 10%** no se habían embarazado.

Primer parto después de los 30 años – **3 pacientes, 15%**.

No lactancia – **6 pacientes, 30%** no lactaron.

Uso de *anticonceptivos* orales – **4 pacientes, 20%**.



Factores de riesgo hereditarios:

El 95% de la muestra total no presentó antecedentes familiares de madre o hermana que hubieran tenido cáncer de mama.

Factores relacionados con la forma de vida:

Obesidad – 3 pacientes, 15%.

La literatura señala que la identificación de los factores de riesgo en la historia clínica es fundamental para la detección del cáncer mamario y que una de cada tres pacientes con esta neoplasia presenta factores de riesgo (Paredes, 1995).

En los resultados de este estudio, el número de pacientes y los porcentajes de la muestra que presentaron factores de riesgo hereditarios y fisiopatológicos fueron relativamente bajos, excepto el factor edad y la no lactancia.

Estos resultados muestran que la mayoría de los factores de riesgo para el cáncer de mama señalados en la literatura, tuvieron poco peso o relación con el cáncer de mama en esta muestra. Sin embargo, la falta de chequeo de la mama en el 70% de la muestra durante el año anterior a la detección del cáncer, sugiere que tanto el autoexamen de la mama como la visita regular al médico, no son hábitos establecidos en este sector de la población, lo que sí podría considerarse como un factor de riesgo sociocultural que impide la detección del cáncer en los primeros estadios.

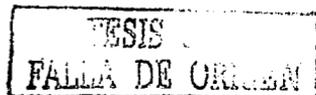
El estrés se ha considerado también como un factor de riesgo relacionado con la forma de vida, en la etiología del cáncer. Los datos obtenidos en la entrevista acerca de las características familiares parecen tener una relación entre el estrés y la presentación del

cáncer de mama, relación coincidente con la presentada en la literatura (Borrás, 1992; Flórez, 1994; Ferrero, 1995; Sánchez, 1993; Simonton, 1994).

Algunas de estas características se relacionan con la pérdida de un ser querido; padre, madre o un hijo, en el 50% de las pacientes. Parece significativo que el 45% de la muestra, fueran las primogénitas en sus familias. El tipo de comunicación que tenían las pacientes con su pareja, como ellas lo manifestaron, no era muy buena pues existía violencia verbal y física, en algunos casos tenían que lidiar con un esposo alcohólico, lo que les afectaba emocionalmente. Asimismo, la relación que tenían las pacientes con sus hijos, presentaba problemas en la educación y comunicación con ellos. El 85% de la muestra expresó tener un estado de ánimo cotidiano de enojo, resentimiento, rencor, introversión, poca expresión de las emociones y pasividad.

La relación entre estrés y enfermedad puede ser interpretada en el sentido de una relación entre personalidad, emociones, estrés, neoplasia y actividad neuroendocrina en general. Algunas hipótesis admiten la influencia de los efectos psicosociales (estrés social, familiar) sobre la actividad hipotalámica desde la percepción cortical, pasando por la activación del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático) y activación del sistema límbico relacionado con las emociones; hasta la actividad neuroendocrina en general. (Borrás, 1992; Brannon, 1992; Cederborg, 1999; Linchitz, 1993; Sánchez, 1993). Esto quiere decir, que las emociones y los pensamientos negativos crónicos, pueden influir en personas con cierta predisposición, en el desarrollo de trastornos funcionales y más tarde trastornos orgánicos como el cáncer.

El tipo de personalidad específica que se ha relacionado con el desarrollo de una neoplasia, se le identifica como "tipo C", e incluye características tales como dificultad en la



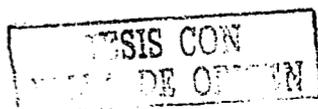
expresión de las emociones, en particular la ira, baja autoestima, perfeccionismo, no asertividad, pasividad, uso de estrategias de afrontamiento como el desamparo y desesperanza, conductas depresivas y compulsivas.

También se ha señalado la influencia de las pérdidas afectivas familiares por rechazo, hostilidad o muerte de uno o ambos padres, de la pareja y/o de la pérdida de un hijo, lo cual se relaciona con mucha frecuencia con la aparición de una neoplasia.

En este estudio, según las características familiares, socioculturales, económicas y médicas obtenidas de la muestra, es posible suponer que el desarrollo de la enfermedad cancerosa resultara o estuviera muy asociada con un proceso de interacciones psico-emocionales individuales y de interacciones psico-sociales que comenzaron en los núcleos familiares y no sólo de factores biológicos, los que, como se mencionó anteriormente, no tuvieron un peso relevante en los supuestos factores de riesgo para el cáncer de mama.

Los datos obtenidos sobre las reacciones psicológicas y emocionales de las pacientes ante la enfermedad, ponen de manifiesto el impacto psicológico que puede tener una enfermedad como el cáncer de mama. En este estudio se evidenció lo siguiente:

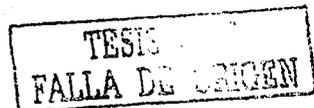
- Información insuficiente dada a las pacientes sobre lo que es la enfermedad, cómo son los tratamientos médicos y los efectos que tendrán sobre la salud.
- Reacciones de llanto, tristeza, angustia y temor a morir al recibir el diagnóstico.
- La atribución de la causa de la enfermedad en el 25% de las pacientes se atribuyó a un golpe físico y otro porcentaje igual no sabía a que atribuirlo.
- Los temores relacionados con la enfermedad fueron: temor a morir, temor a que el cáncer saliera en otra parte del cuerpo e incertidumbre del desarrollo de la enfermedad.



- La mayoría de la muestra, el 85%, después de la cirugía de tumorectomía o mastectomía, tuvieron emociones de tristeza, llanto, miedo, angustia, ansiedad y algunas pacientes se negaban a ver la cicatriz.
- En alguna medida, el 90% de las pacientes si recibió apoyo moral, económico y/o afectivo de la pareja o familia.
- Otras reacciones fueron, amenaza a la autoestima y cambios negativos en la percepción de la imagen corporal derivados de la mastectomía, como cambios en la vestimenta, temor al rechazo de la pareja, ansiedad, angustia, rechazo de la prótesis. El 75% de las pacientes presentó problemas con la aceptación de su imagen corporal debido a la mastectomía. Estos datos concuerdan con lo reportado por López (1992), en su estudio sobre la imagen corporal en mujeres mastectomizadas.

En general, las reacciones psicológicas y emocionales ante el cáncer de mama encontradas en este estudio, coinciden con los aspectos psicológicos revisados previamente en la literatura.

El diagnóstico de un cáncer de mama y los tratamientos médicos que lo acompañan son sin duda elementos capaces de mermar el bienestar psicológico de las mujeres que pasan por esta experiencia, si bien, este efecto puede ser breve y con el tiempo las pacientes pueden llegar a reestablecer el bienestar, algunas complicaciones psicológicas pueden derivarse a largo plazo, como depresión, ansiedad o baja autoestima ante la pérdida de la mama. Por ello, sería importante la implementación de procedimientos de intervención psicológica preventivos para evitar, en la medida de lo posible, recaídas de la enfermedad y tratamientos médicos adicionales.



De acuerdo a los resultados de las pruebas no-paramétricas en la evaluación de la ansiedad, de la depresión y de los síntomas de la náusea y del vómito, el análisis estadístico realizado con la prueba U-Mann de Whitney para determinar las diferencias en las sesiones entre los grupos, mostró que en la primera sesión o pretest y en la tercera sesión no hubo diferencias entre los grupos. Esto se explica porque la aplicación de los cuestionarios en la tercera sesión se hizo antes de empezar el tratamiento.

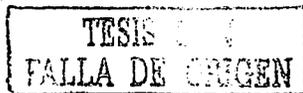
En la cuarta sesión, etapa de tratamiento, los resultados mostraron diferencias entre los grupos en la depresión, en la náusea y en el vómito.

En la quinta sesión, etapa de postest, hubo diferencias entre los grupos en la depresión, en la náusea, en el vómito, en la tensión arterial y en la evaluación de relajación.

Es importante señalar que para estos datos la prueba U de Mann de Whitney aporta evidencia en favor de la hipótesis de investigación, ya que produjo valores que rechazan la hipótesis nula en el nivel de significancia de $p < 0.05$.

Es importante considerar que desde un punto de vista cualitativo las pacientes reportaron mejoría a nivel clínico según sus autoreportes verbales de los síntomas de la náusea y el vómito, así como de la evaluación de relajación y que la reducción de los síntomas fue estadísticamente significativa. Esto sugiere y corrobora que los procedimientos no invasivos pueden movilizar los recursos internos de las personas para la preservación de la salud y autocontrol de la enfermedad.

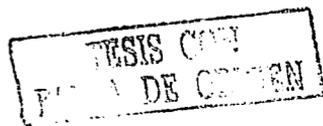
En cuanto a la temperatura periférica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las posibles explicaciones a este hecho serían:



En la quinta sesión las pacientes del grupo de intervención no utilizaron el cassette con la grabación, se autoinstruyeron con las instrucciones que recordaban y que habían aprendido del cassette durante los dos meses previos y, tal vez por ello, no pudieron tener un control o cambios significativos en la temperatura, ya que, la práctica fuera del consultorio, la tarea de escuchar el cassette diario en casa, fue una variable difícil de controlar, algunas pacientes llegaron a mencionar que: "no tenían un espacio en casa para escuchar el cassette, o que no tenían una grabadora, o que no les quedaba tiempo para escucharlo, o que se quedaban dormidas". Si bien el número de sesiones de intervención fueron pocas, también la motivación de la paciente para establecer o mantener el aprendizaje, fue insuficiente, pues tenían que hacer un esfuerzo personal y dejar a un lado la actitud pasiva que generalmente se tiene ante la enfermedad en nuestra sociedad, además de la falta de conocimiento, aceptación y convencimiento de las pacientes, de la influencia de los factores psicológicos y las estrategias para influir sobre ellos en los padecimientos crónico-degenerativos.

Sin embargo, como indican los datos estadísticos, la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual si tuvo un efecto de disminución de los niveles de depresión, tal vez por el sentido de autocontrol que adquieren las pacientes, lo que les ayuda a vencer los sentimientos y pensamientos de desesperanza, incertidumbre y pérdida de control inducidos por la misma enfermedad y por algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en la medicina actual.

En cuanto a la ansiedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Algunas variables que quizá influyeron fueron una variedad de factores ambientales, de tipo actitudinal e interpersonales. Tal vez las características de personalidad



de las pacientes hayan influido, las cuales en este estudio no se contemplaron, como señala Ferrero (1995), existen pacientes represoras que afrontan el estrés de la enfermedad, no pensando en ella, negándola, y no reconociendo la posible existencia del estrés; por lo tanto, las mujeres represoras no parecen mostrar signos de ansiedad. Otras variables pudieron ser que las pacientes no se tomaban el tiempo suficiente para contestar adecuadamente los cuestionarios, o no entendían bien las preguntas de estos, o no podían detectar sus reacciones fisiológicas de ansiedad, que en ocasiones pueden ser muy sutiles. O tal vez no quisieron o no pudieron revelar su estado anímico profundo.

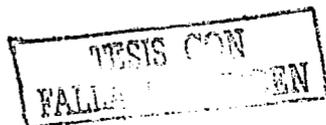
Otra de las pruebas utilizadas en el análisis estadístico fue la prueba de Wilcoxon que permite la comparación de dos variables por grupo, diferencias pretest-postest.

Los resultados encontrados en el **grupo de intervención** señalan que la depresión en la 3ª aplicación del cuestionario fue mayor que en la 2ª aplicación, y que para la náusea 4, el autoregistro fue mayor o reportó más síntomas que para la náusea 2. De acuerdo al tipo de diseño de investigación que se manejó en este estudio, una posible explicación sería, el efecto que tiene la aplicación de una prueba sobre las puntuaciones subsiguientes, la administración de una preprueba pudo sensibilizar a las pacientes, pudieron ser alertadas respecto a sus sensaciones internas que ordinariamente no notarían, o fueron fluctuaciones debidas a las diferencias individuales, o debidas a la inestabilidad de las mediciones repetidas.

En el **grupo control** el postest fue mayor en las siguientes variables:

En CACS4 escala cognoscitiva y somática que en CACS1 escala cognoscitiva y somática.

En depresión 4 que en depresión 1, 2 y 3.



En ansiedad 4 que en ansiedad 1, 2 y 3.

En vómito 4 que en vómito 1, 2 y 3.

En náusea 4 que en náusea 1, 2 y 3.

En el grupo control se presentó un aumento en los síntomas de náusea y vómito, en la depresión y en la ansiedad.

Con respecto a las mediciones de la temperatura periférica (temp), de la tensión arterial (ta) y de la evaluación de relajación (EvRe), los resultados en el **grupo de intervención** muestran lo siguiente:

La temp2 fue mayor que la temp3 y que la temp5, o sea, que en la 3ª y 5ª sesiones la temperatura disminuyó con respecto a la 2ª sesión o línea base del perfil psicofisiológico. En cambio, la temp5 fue mayor que la temp3.

De acuerdo a los fundamentos fisiológicos de la temperatura periférica de la piel (Criswell, 1995), ésta depende de las variaciones en la circulación sanguínea, lo que va a determinar la vasodilatación de los vasos sanguíneos seguida de una mayor temperatura de la piel o manos calientes, y a mayor temperatura, mayor relajación.

La temp2, el promedio de la temperatura periférica del perfil psicofisiológico, fue mayor que la temperatura registrada ante el estresor que se utilizó, y que fueron las preguntas hechas a la paciente en la entrevista con respecto a sus pensamientos y sentimientos sobre su enfermedad, lo cuál, produjo cierta activación del sistema nervioso simpático en respuesta a las preguntas con contenido emocional, las manos se enfriaron lo que representa excitación negativa y tensión, y por lo tanto la temperatura disminuyó.

Asimismo, la temp3, 4 y 5 fueron mayores que la temp-estresor2, lo cual indica que la temperatura aumentó al haber mayor relajación.

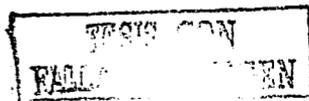
Con respecto a la evaluación de relajación en la 3ª, 4ª y 5ª sesiones, se encontró mayor nivel de relajación reportado por las pacientes que en la línea base, y la evaluación de relajación en la 3ª sesión con cassette fue mayor que en la 5ª sesión sin cassette. Aquí se observa que al ser la temp5 mayor que la temp3, si se dio un efecto de autoregulación de la temperatura, sin embargo, el autoreporte de Ev Re muestra que las pacientes sintieron más relajación con el cassette que sin él.

La tensión arterial disminuyó en la 3ª, 4ª y 5ª sesiones con respecto a la 2ª sesión o línea base, o sea, que si hubo autoregulación de la función. Sin embargo, en la 5ª sesión la ta aumentó o fue mayor que en la 3ª y 4ª sesiones. Esto coincide con lo observado en la temperatura, las pacientes pudieron autoregularse mejor al escuchar el cassette que sin él. Tal vez el número de sesiones de tratamiento y la falta de práctica y ejecución de la tarea de escuchar el cassette diario en casa, fueron insuficientes para lograr un mayor aprendizaje y dominio de la técnica de relajación, con la cuál, las pacientes pudieran regular por sí mismas la temperatura periférica y la tensión arterial.

En el **grupo control** las diferencias fueron:

La temp y la ta en la 5ª sesión fueron menores con respecto a la temp y ta de la línea base, también la temp estresor2 fue menor que la temp2 del perfil psicofisiológico o línea base.

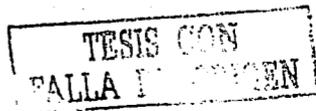
El grupo control no logro aumentar la temperatura, más bien la decrementó, lo que significa que tuvieron una activación simpática negativa o tensional, y mayor ansiedad a lo largo del tiempo. En cuanto a la EvRe2 no hubo diferencia con la EvRe5.



Finalmente, se puede concluir en este estudio que la aplicación combinada de técnicas cognoscitivo-conductuales como la relajación, la visualización dirigida y la retroalimentación biológica, si tuvieron efectos de disminución de la depresión y reducción de los síntomas de la náusea y el vómito. También se observa una relación con cierta autoregulación de la tensión arterial, de la temperatura periférica y con la evaluación positiva de relajación en el grupo de intervención.

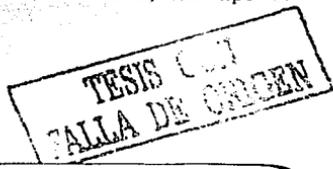
Algunas sugerencias y comentarios que pueden mencionarse respecto a las implicaciones del presente estudio cuando se centra el interés en el ámbito de la investigación interdisciplinaria son:

1. El realizar estudios comparativos en pacientes con cáncer de mama de un nivel socioeconómico y cultural más alto, valorando la presentación de los factores de riesgo y estilos de vida.
2. Realizar estudios específicos de evaluación de la personalidad en mujeres mexicanas con cáncer de mama, e identificar el grado en que la personalidad "tipo C" que se ha relacionado con el desarrollo del cáncer se presenta en estos casos.
3. También se podrían diseñar estudios comparativos entre niveles de asertividad y estabilidad emocional con la presentación o ausencia de cáncer de mama.
4. Otros estudios interesantes serían el evaluar las creencias, temores, atribución social y actitudes de hombres y mujeres acerca del cáncer de mama. Esto podría revelar información importante para el psicólogo de la salud, en cuanto que le permitiría desarrollar mejores estrategias de intervención preventivo-educativas sobre los aspectos



psicoemocionales de la población hacia el cáncer de mama y, con ello, lograr tanto un cambio de actitudes como una mayor responsabilidad y participación de las mujeres en el autocuidado de su salud.

5. En cuanto a políticas de salud nacional, sería necesario desarrollar más y mejores programas preventivo-educativos e informativos, para la detección precoz del cáncer de mama, lo que podría llevar a la curabilidad del cáncer y a evitar las mastectomías. Sería bueno que las autoridades pertinentes permitieran al personal de salud (médicos, psicólogos de la salud, trabajadoras sociales, enfermeras especializadas, etc.) realizar estos programas interdisciplinarios en medios de comunicación masiva, como la televisión y la radio.
6. La profilaxis, la quimioterapia y la radioterapia suponen un enfoque terapéutico multimodal que necesita una coordinación e integración de los tratamientos por parte de médicos y de enfermeras especialistas, que deben vigilar los efectos colaterales y los aspectos éticos que pudieran originarse con la aplicación de estos tratamientos. Asimismo, las terapias cognitivo-conductuales, tales como, relajación, visualización de imágenes, desensibilización sistemática, hipnosis, etc., cada vez con más intensidad se han estado desarrollando e integrando como terapias complementarias y necesarias para un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, todo lo cuál, supone una contribución para la mejoría en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.
7. Este tipo de estudio debe considerarse desde dos perspectivas metodológicas: la de la investigación experimental y la de la investigación clínica. Desde el primer punto de vista puede sugerir alternativas técnicas y el manejo de otros diseños cuasiexperimentales o experimentales de investigación. En México, este tipo de



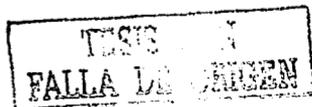
investigación en el cáncer de mama, es prácticamente inexistente, al menos no se encontraron referencias en las publicaciones de psicología editadas en el país. Desde la perspectiva de la investigación clínica, los parámetros para evaluar una intervención son distintos y fundamentalmente más difíciles de enmarcar dentro de un modelo cuantitativo. Razón por la cual, la forma de evaluar una intervención es, principalmente, mediante la mejoría en el bienestar del paciente. Ante esto los datos cualitativos obtenidos en el presente estudio pueden dar un punto de referencia a partir del cual seguir investigando, y aplicando intervenciones cognoscitivo-conductuales que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

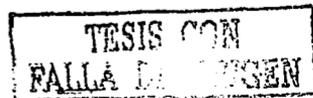
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abraham, C. L., y Seremetis, S. (1997). Breast health at midlife: Guidelines for screening and patient. Geriatrics, 52(6), 58.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª. Ed.) Barcelona: Masson.
- Barrera, V. (1996). Retroalimentación biológica e imaginiería dirigida al fenómeno de Raynaud. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A. T. (1967). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: MSD.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 895.
- Bell, J. (1991). Hypnosis in the treatment of breast cancer. Australian Journal of clinical hypnotherapy and hypnosis, 12(1), 45-47.
- Blasco, T. (1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la quimioterapia en pacientes de cáncer. Revista de psicología de la salud, 4(1), 41-61.
- Blasco, T. (1994). La náusea y el vómito asociados a la quimioterapia: una reflexión sobre la investigación básica y aplicada. Anuario de psicología, 61, 51-55.
- Borrás, X. F. (1992). Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. Revista psicología de la salud, 4(2), 43-45.
- Brannon, L. y Fesit, J. (1992). Health Psychology. Usa: Wadsworth.
- Burish, T. y Lyles, J. (1981). Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. J Behav Med, 4(1), 65-78.
- Burish, T., Carey, M., Krozely, M. y Greco, A. (1987). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy. Prevention through behavioral treatment. Journal Consult Clin Psychol, 55(1), 42-8.
- Butler, N. A., Hoffmann, R. G., Kneusel, R. T., y Schapira, M. M. (2000). Relation between appropriateness of primary therapy for early-stage breast carcinoma and increased use of breast-conserving surgery. Lancet, 356(9236), 1148.

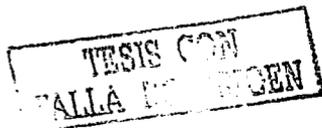
- Carey, M. y Burish, T. (1987). Providing relaxation training to cancer chemotherapy patients. A comparison of three delivery techniques. J Consult Clin Psychol, 55(5), 732-7.
- Cederborg, J., y Freinkel, S. (1999). Bonding to Beat Breast cancer. Health, 13(9), 38.
- Cohen, F. y Lazarus, R. (1979). Coping with Stress of Illness. En Stone, Cohen y Adler. Health Psychology. San Francisco: Jossey-Bass.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, Chris., Bredart, A., y Goldhirsch, Aron. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. Lancet, 356(9238), 326.
- Consenso Nacional sobre tratamiento del cáncer Mamario (1995). Rev Ins Nal de Cancerología, 41(3), Jul-Sep, 136-45.
- Criswell, E. (1995). Biofeedback and somatics. Toward personal evolution. USA: Freeperson Press.
- Chopra Deepak. (1994). Cómo crear salud. Méx: Grijalbo.
- De la Parra, G. y Fodor, B. (1992). Factores psicológicos en la enfermedad cancerosa. Cultura Médica. 38(12), Abr-Jun.
- De Vita, V., Helman, S. y Rosenberg, S. (1984). Cáncer. Principios y práctica de oncología. Barcelona: Salvat.
- Díaz, N. L. (1996). El autocontrol y la relajación en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Die Trill, M. (1988). Descripción de las náuseas y vómitos condicionados a la quimioterapia y su control en mujeres con cáncer de mama. En Blasco, T. (1992). Rev Psic Sal, 4(1).
- Domínguez, T. B. (1996). Manejo psicológico no-invasivo del dolor crónico y el estrés. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, UNAM.
- Durán, G., Becerra, J., y Torrejón, M. (1989). El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Psicología, México.
- Durán, G., Hernández, R. y Becerra, J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Salud Pública Méx., 37, 462-471.
- Espinosa, C., González, H. y Navarrete, M. (1991). Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. Psiquis, 12, 29-39.



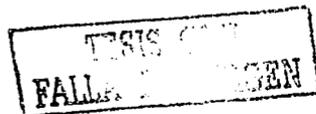
- Ferrero, B., Toledo, A., y Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. Revista Latinoamericana de psicología, 27(1), 87-102.
- Flórez Lozano, J. (1994). La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Barcelona: Edika Med.
- Ganong, W. F. (1990). Fisiología Médica. México: El manual moderno.
- García, R. H. (1997, 23 de Enero). La salud de los mexicanos, prioridad del estado. La Jornada Ecológica, Año 5, Núm 53.
- Golden, W., Gersh, D. y Robbins, D. (1992). Psychological treatment of cancer. A cognitive behavioral approach. USA: Macmillan publishing company.
- González, B. R. (1988). Efectos psicológicos de la mastectomía: influencia del medio. Psiquis, IX, 23-31.
- Gruber, B. L. (1993). Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. Biofeedback and self regulation, 18(1), 1-22.
- Henderson, A. D. (1997). Breast cancer Epidemiology. Cancer weekly plus, 27, 37.
- Henderson, C. W. (2000). Depressed patients less likely to accept chemotherapy. Cancer weekly, Jul, 6.
- Hernández, P. J. (1991). Mastectomía radical en el Hospital de la mujer. Estudio Retrospectivo. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, UNAM.
- Hollander, D. (1997). As lifetime duration of breastfeeding rises risk of breast cancer. International family planning perspectives, 23(1), 44.
- Hospital de la Mujer. (1997). Departamento de Estadística e Informática.
- Isselbacher, K. J., Braunwald, E., Wilson, J. D., Martin, J. B., Fauci, A. S. y Kasper, L. D. (1996). Compendio Harrison. Principios de Medicina Interna. México: Interamericana Mc.Graw-Hill.
- Jurado, C. S., Méndez, S. L. y Villegas, H. E. (1996). Psychometric properties of the Beck depression inventory in mexican population. Paper presented at the XXVI International Congress of Psychology. Montréal Canada.
- Jurado, C. S., Villegas, E., Méndez, S. L., Rodríguez, F., Loperena, V. Y Varela, R. (1998). La Estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental, 21(3), Junio.



- Kerlinger, F. N. (1988). Investigación del comportamiento. Méx: Mc.Graw-Hill.
- Kvale, G., Hugdahl, K., Asbjornsen, A., Rosengren, B., Lote, K. y Nordby, H. (1991). Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients. J Consult Clin Psychol, 59(6), 894-8.
- Larsson, G. y Starrin, B. (1992). Relaxation training as an integral part of caring activities for cancer patients: Effects on wellbeing. Scandinavian Journal of caring sciences, 6(3), 179-185.
- Latorre, P., y Benoit, M. (1994). Psicología de la salud. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognoscitivos. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lee, K. (1996). Todo sobre los senos. México: América.
- Linchitz, R. M. (1993). Venza el dolor. Colombia: Norma.
- López, P., Polaino, L. y Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. Psiquis, 13(10), 49-54.
- López-Róig, S., Pastor, M., Rodríguez, J., Sánchez, S. y Belmonte, J. (1990). Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. Rev Psic de la Salud, 2(1y2), 113-126.
- Lyles, J., Burish, T., Krozely, M. y Oldham, R. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. J Consult Clin psychol, 50(4), 509-24.
- Mahler, K. (1999). Reproductive risk factors explain little about ethnic differences in Breast cancer. Family planning Perspectives, 31(3), 154.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. American psychologist, 35, 807-817.
- Mepherston, K., Steel, C. M., Dixon, J. M. (2000). Breast cancer, epidemiology, risk factors, and genetics. British Medical Journal, 321(7261), 624.
- Méndez, S. (1995). Traducción y Estandarización del Inventario de depresión de Beck para población mexicana. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Moen, L. (1994). Imágenes que curan. Barcelona: Robinbook.
- Mohar, B. A. (1993). Epidemiología de cáncer en México. Cáncer y futuro, CONACYT, 15(201).



- Paredes, L. (1991). Factores de riesgo en cáncer mamario. Análisis prospectivo de 414 pacientes. Ginec Obstet, 59, 41-45.
- Paredes, L. y Agüero, B. (1995). Sensibilidad, especificidad y valor predictivo del examen físico y de la mamografía en el diagnóstico preoperatorio de cáncer de mama. Rev Ins Nal Cancerología, 41(2), 89-92.
- Pellicer, X. (1994). Aplicaciones de la hipnosis en Oncología. Psiquis, 15(7), 51-57.
- Pérez, R. S. (1997). Perfil Psicofisiológico post-tratamiento no invasivo de pacientes atendidos por padecer de dolor de cabeza psicógeno. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Rimm, D. C., Masters, J. C. (1993). Terapia de la conducta. México: Trillas.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. Revista Mexicana de Psicología, 18(2), 211-218.
- Rodríguez-Marín, J., López, S. y Pastor, M. (1990). Estilos de afrontamiento de la hospitalización y de la cirugía. Rev del Colegio oficial de psicólogos, 2, 43-44.
- Rothenberg, R. S., Barrett, W. M. (1998). Transfatty acids may trigger the disease. USA today magazine, 126(2633), 15.
- Salvatierra, S. B. y Borrás, E. I. (1996). El cuestionario de ansiedad cognoscitivo-somática. Validez y confiabilidad en muestras mexicanas clínicamente significativas. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez, S. J. (1993). Retroalimentación Biológica: ¿La psicoterapia del siglo XXI?. Memorias del primer Congreso Internacional de Psicología y Salud, México.
- Scott, D. W., Donahue, D., Mastrovito, R. y Hakes, T. (1983). The antiemetic effect of clinical relaxation: report of an exploratory study. J of Psychosocial Oncology, 1(1), 71-84.
- Schavelzon, J. (1978). Cáncer. Enfoque psicológico. Buenos Aires: Galerna.
- Schwartz, G., Davidson, R. y Goleman, D. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: effects of meditation versus exercise. Psychosomatic Medicine, 40, 321-328.



- Sidney, J. y Moshe, S. (1995). Liberese del cáncer. USA: Simon Schuster y Aguilar.
- Simonton, D. y Mathews-Simonton, S. (1981). Cancer and Stress. Lounseling the Cancer patient. The Medical Journal of Australia, 1, 679-683.
- Simonton, S. M., Simonton, O. C. y Creighton, J. L. (1994). Recuperar la salud: una apuesta por la vida. España: Los libros del comienzo.
- Spiegel, D. (1992). Effects of psychosocial support on patients with metastatic breast cancer. J of Psychosocial Oncology, 10(2), 113-120.
- Tubiana, M. El cáncer. (1989). México: Fondo de Cultura Económica.
- Winans, N. S. y Gilman, S. (1989). Principios de Neuroanatomía y Neurofisiología clínica de Manter y Gatz. México: Manual Moderno.

