



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**“INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MUJERES  
CON CANCER DE MAMA QUE RECIBEN RADIOTERAPIA”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

***LIC. ROSA ELENA ORNELAS MEJORADA***

**DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**COMITÉ TUTORIAL: MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA**

**MTRA. BERTHA MOLINA ZEPEDA**

**DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

**DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ**

**DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN**

**DRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO**

**MÉXICO, D. F.**

**2007.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A **Nando**, mi esposo y compañero. Ha sido bello compartir contigo durante todos estos años mi crecimiento personal, profesional y espiritual. Gracias por tu apoyo, por tu amor y por tu presencia.

A **Ángel**, mi hijo, mi motivo de orgullo y alegría; además de una piedra angular para continuar por este camino que es la vida.

A **Luz y David**, mis padres, de quienes aprendí a ser “humana” es decir, una persona con cualidades y defectos. Los amo.

A mis hermanas y hermanos, **Tere, Pili, David, José y Toño** por su amor y aliento constante.

A **Gris, Mayra, Tere y Arturo** porque al coincidir en mi camino tuve la oportunidad de conocer seres humanos que saben compartir no sólo el conocimiento, sino el amor por su profesión y por sus semejantes. Gracias por lo que a mí me han compartido.

A **Rosa y Lucía** por todos estos años de amistad, cariño y apoyo incondicional. Por trascender no sólo en mi vida sino en la de las personas que amo.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por permitirme la posibilidad de aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir y aprender a ser no sólo una mejor profesionalista sino también un mejor ser humano.

Al **Dr. Samuel Jurado** por enseñarme que no sólo es importante la transmisión del conocimiento sino también la de los valores. Gracias por tu confianza y apoyo durante todo este tiempo.

A la **Mtra. Bertha Molina** por colaborar en mi formación profesional a través de sus conocimientos y lograr que mi aprendizaje fuera significativo.

Al **Dr. Isaac Seligson<sup>+</sup>** por su amistad y por motivar en mí la firmeza para alcanzar los objetivos planteados. Un abrazo dondequiera que estés.

A los miembros del jurado **Mtro. Fernando Vázquez, Dr. Juan José Sánchez Sosa, Dra. Laura Hernández, Dra. Gabina Villagrán, Dra. Sandra Anguiano, Mtra. Bertha Molina Zepeda**, por sus enseñanzas.

A **todos los profesores de la Residencia de Medicina Conductual** que tienen presente que enseñar no es sólo proporcionar información, sino ayudar a aprender.

Al **Dr. Francisco García Rodríguez** por sus enseñanzas sobre oncología, por su apoyo incondicional, por la confianza plena que depositó en mí pero sobre todo por brindarme su amistad y la oportunidad de conocer su calidad humana.

A la **Dra. Rebeca Gil** por su permanente disposición y colaboración para que el logro de mi trabajo de investigación en el servicio fuera posible.

A **Eli, Ángela, José, Eduardo, Antonio y Humberto** por el entusiasmo y la colaboración que mostraron para hacer posible la realización de mi proyecto. Pero sobre todo gracias por su amistad.

**A mis compañeros, los y las médicos residentes, a las enfermeras, las trabajadoras sociales y personal administrativo** del Hospital General de Atizapán y del Hospital Juárez de México. Por el aprendizaje, el respeto y la colaboración que me brindaron para hacer posible el trabajo en equipo.

A **las y los pacientes** que me permitieron poder servirles y que compartieron conmigo su dolor, su desesperación, su esperanza, sus deseos de vivir y de seguir luchando aún a pesar de las adversidades que la vida nos presenta.

**A todas y todos** (familia y amigos) que en el transcurrir de estos años a través de su amor, sus enseñanzas, su apoyo y su confianza han contribuido con su presencia en mi vida.

A **Dios** por darme la oportunidad de seguir en el camino de la vida.

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCION</b> .....	VIII
<b>RESUMEN</b> .....	XII
<b>ABSTRACT</b> .....	XIII
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>CANCER</b>	
Situación del cáncer a nivel mundial .....	1
El cáncer en México .....	2
Programas de atención para el cáncer en la mujer en México .....	5
Situación del cáncer de mama en México .....	6
Qué es el cáncer.....	7
Factores de riesgo y agentes etiológicos.....	8
Clasificación o estadificación.....	10
Tratamiento oncológico .....	11
Objetivo de la radioterapia.....	13
Aplicación de radioterapia.....	13
Efectos secundarios de la radioterapia.....	13
Aspectos psicológicos del cáncer .....	14
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>ANSIEDAD Y RADIOTERAPIA</b>	
Ansiedad .....	17
Síntomas clínicos de la ansiedad.....	18
Ansiedad y miedo.....	20
Ansiedad y estrés.....	20
Cáncer y ansiedad .....	21
Radioterapia y ansiedad.....	24
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON CÁNCER</b>	
Terapia grupal .....	34
Intervención grupal cognitivo-conductual .....	34
Objetivos de la intervención grupal .....	36
Estudios realizados .....	36

<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	41
<b>MÉTODO</b>	
Propósito del estudio.....	42
Objetivos específicos.....	42
Hipótesis .....	42
Escenario .....	43
Participantes .....	43
Tipo de muestra .....	43
Criterios de inclusión .....	43
Criterios de exclusión .....	44
Materiales e instrumentos.....	44
Definición y medición de variables.....	44
Tipo de estudio y diseño experimental.....	47
Procedimiento .....	47
Intervención .....	48
Componentes terapéuticos.....	49
<b>RESULTADOS</b> .....	51
<b>DISCUSIÓN</b> .....	59
<b>CONCLUSIONES</b> .....	65
<b>SUGERENCIAS</b> .....	67
<b>ANEXOS:</b>	
1.-Mitos conceptuales del cáncer (resumen).....	68
2.- Ficha de identificación.....	69
3.- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	70
4.- Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	71
5.- Consentimiento Informado.....	74
6.- Temario de oncología impartido para el periodo de marzo de 2003 a enero de 2004 en el Hospital Juárez de México.....	75
<b>REFERENCIAS</b> .....	76

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
PRIMER AÑO DE RESIDENCIA  
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN**

Características del Hospital General de Atizapán	
“Dr. Salvador González Herrerón-Daimler Chrysler” .....	87
Descripción del servicio de medicina interna .....	88
Descripción del servicio de psicología .....	89
Actividades de la residente en medicina conductual en el servicio de medicina interna y psicología .....	89
Pase de visita .....	91
Hospitalización .....	91
Intervención .....	92
Consulta externa .....	93
Actividades académicas desarrolladas dentro de la sede.....	94
Eventos académicos no programados .....	94
Actividades profesionales no programadas.....	94
Logros y metas alcanzadas por la residente en medicina conductual ... ..	95
Recomendaciones.....	96

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA  
HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO, SSA**

Características del Hospital Juárez de México .....	97
Descripción del servicio de oncología .....	98
Actividades de la residente en medicina conductual en el servicio de oncología .....	99
Actividades de intervención específicos desarrollados .....	102
Intervención individual.....	102
Intervención grupal.....	102
Actividades académicas dentro de la sede .....	103
Eventos académicos no programados .....	105
Actividades profesionales no programadas .....	106
Logros y metas alcanzadas por la residente en medicina conductual ..	107
Recomendaciones .....	108

## INTRODUCCIÓN

Hasta hace algunos años a nivel mundial las enfermedades infecciosas asociadas a patógenos físicos, químicos y microbiológicos fueron la mayor causa de incapacidad y muerte. El control de estas enfermedades ha permitido que la esperanza de vida aumente, sin embargo, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (2000) cada vez un mayor número de habitantes padece algún tipo de enfermedad conocida como crónico degenerativa, y éstas ocupan en la actualidad los primeros lugares en los índices de morbilidad y mortalidad.

En México también se ha presentado este patrón y la proporción de habitantes que padecen y mueren por enfermedades crónicas se ha elevado considerablemente. En el año 2000, la Secretaría de Salud reportó que las neoplasias malignas se encontraron dentro de las cinco principales causas de muerte afectando en un alto porcentaje a la población productiva. El cáncer se ha convertido tanto a nivel mundial como a nivel nacional en un problema de salud pública debido a que afecta no sólo la salud física de los individuos, sino su bienestar emocional y el de su familia, el desarrollo social y el desarrollo económico de las naciones.

En nuestro país los tipos de cáncer más frecuentes varían de acuerdo con el sexo y la edad, en el caso de los hombres de entre 15 a 44 años son el cáncer de testículo, piel y linfoma no Hodking, en aquellos que se encuentran en el rango de 45 a 64 años, se presenta con mayor frecuencia el cáncer de próstata, piel y estómago. Mientras que en el caso de las mujeres entre 15 a 44 años el cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar y el cáncer de mama el segundo lugar; este patrón se invierte en mujeres de 45 a 64 años siendo el cáncer de mama el más frecuente y en segundo lugar el cérvico uterino. De acuerdo con los datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) en el año 2001 se

registraron 102,657 casos nuevos, de los cuales el 65.2% corresponde a las mujeres.

El tratamiento contra el cáncer a menudo es descrito como “lo peor de la enfermedad”, lo que resulta especialmente cierto sobretodo para aquellos pacientes que antes de su diagnóstico no experimentaban ningún síntoma, y, que a partir de su tratamiento con medicamentos, radiación, quimioterapia, cirugía o la combinación de éstos, les genera efectos secundarios que empeoran sus condiciones de salud.

Para atender este padecimiento es necesario un equipo interdisciplinario que brinde atención médica, psicológica y social; así como el desarrollo de programas de prevención y tratamiento.

Independientemente de las diferencias individuales, el diagnóstico de cáncer y los tratamientos que reciben las personas que padecen esta enfermedad son sin duda eventos que causan estrés psicológico ya que representan una situación de amenaza, daño y/o pérdida que tiene consecuencias negativas y perjudiciales para el individuo. Estas consecuencias pueden aumentar los sentimientos de pérdida de control, lo que hace parecer que es el cáncer quien tiene el control sobre ellos. Todo lo que sucede en sus vidas gira en torno a la enfermedad y genera niveles de ansiedad muy elevados con el consecuente detrimento en su calidad de vida.

Otorgar atención integral al paciente oncológico hace necesaria la participación del psicólogo experto en Medicina Conductual, ya que como es sabido los factores de riesgo producto de un estilo de vida inadecuado como: fumar, beber alcohol, dieta alta en grasas y baja en fibra, falta de ejercicio; tienen que ser modificados para mejorar las condiciones de salud del paciente. Por otra parte, también es necesaria su intervención en la aplicación de técnicas y en la realización de

investigaciones que permitan desarrollar en los pacientes las habilidades necesarias para enfrentarse a la enfermedad.

El presente trabajo refleja la experiencia que adquirí y desarrollé durante dos años de residencia en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención como parte del programa de residencia en Medicina Conductual que maneja la Facultad de Psicología de la UNAM dentro del plan de estudios de posgrado a nivel de Maestría. Este documento se encuentra dividido en dos secciones. En la primera, se presenta el trabajo de investigación realizado en el Hospital Juárez de México cuyo objetivo fue determinar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia. La segunda, refleja las actividades realizadas durante dos años de residencia; el primero en el Hospital General de Atizapán y el segundo en el Hospital Juárez de México.

La parte inicial de este documento consta de tres capítulos y la parte correspondiente al desarrollo del trabajo. El primero aborda el cáncer, su situación a nivel mundial y nacional, los tipos de neoplasias más frecuentes en hombres y mujeres en México, el cáncer de mama como segunda causa de muerte en mujeres, definición, tipos de tratamiento y efectos secundarios.

Los siguientes dos capítulos constituyen los temas de las variables que se tomaron en cuenta para la realización del trabajo. El capítulo dos aborda el tema de ansiedad (variable dependiente); su definición y diferenciación con el miedo y el estrés; los síntomas clínicos, así como la prevalencia que tiene en los pacientes con cáncer desde que reciben el diagnóstico así como los diferentes tratamientos oncológicos, principalmente con la radioterapia. También se habla de la importancia que tiene para el bienestar psicológico de los individuos que padecen cáncer disminuir los niveles de ansiedad.

El tercer capítulo aborda la terapia grupal (variable independiente) desde el marco teórico cognitivo conductual, las intervenciones que se han realizado y las técnicas que se han empleado para ayudar a los pacientes con cáncer a disminuir los niveles de ansiedad que presentan.

Posteriormente se presenta la metodología empleada, en ella se describen de manera detallada todos los lineamientos que forman parte de este rubro, se definen las variables, el procedimiento, los instrumentos, así como los componentes terapéuticos que se aplicaron; los resultados obtenidos, la discusión, las conclusiones y las sugerencias.

La segunda parte de este documento corresponde al reporte de las actividades profesionales que realicé durante mi residencia en hospital. Lo encabezan las actividades del Hospital General de Atizapán en el cual estuve asignada al servicio de medicina interna y psicología como residente de primer año; y, finalmente, se describe la labor que desempeñé en el Hospital Juárez de México dentro del servicio de oncología como residente de segundo año.

## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica que se encuentra entre las cinco primeras causas de morbilidad y mortalidad en nuestro País. Del total de población que padece algún tipo de neoplasia, la población femenina en edad productiva es la más afectada. El impacto psicológico que genera el diagnóstico así como el recibir los tratamientos ya sea para la curación o el control afecta el bienestar psicológico y la calidad de vida de quien padece esta enfermedad. Cada fase del tratamiento requiere que el paciente desarrolle habilidades de afrontamiento y adaptación. Un gran número de mujeres con cáncer recibe varios tratamientos oncológicos, teniéndose que enfrentar a constantes situaciones estresantes que les generan ansiedad. La radioterapia y los efectos secundarios que produce representan una situación de amenaza para quien la tiene que recibir afectando su bienestar emocional. Es necesario desarrollar programas de intervención psicológica que permitan a las pacientes adquirir habilidades de afrontamiento y adaptación ante su nueva condición de vida. El propósito del presente estudio consistió en determinar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia y conocer su efecto sobre el nivel de depresión y sobre el bienestar subjetivo. Se implementó un protocolo de tratamiento de cinco sesiones una vez a la semana con duración de dos horas, participaron 7 pacientes con cáncer de mama que recibirían radioterapia en el Hospital Juárez de México. Los componentes psicológicos del protocolo del tratamiento fueron: psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y expresión emocional. Para evaluar la efectividad del tratamiento psicológico sobre la ansiedad se empleó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en una aplicación pretest-postest, en la misma modalidad se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para conocer el impacto de la intervención sobre esta variable y se utilizaron formatos de autoinforme para conocer los efectos secundarios que les ocasionó el tratamiento y para registrar la frecuencia de los ejercicios de respiración diafragmática. Se compararon las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención utilizando la prueba de pares igualados de Wilcoxon. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto para la ansiedad como para la depresión, misma que se corrobora con el reporte subjetivo de la utilidad de haber asistido al grupo terapéutico. Los hallazgos indican que la intervención grupal cognitivo-conductual resultó efectiva para favorecer la adherencia al tratamiento médico, disminuir los niveles de ansiedad, mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia.

**Palabras clave:** cáncer de mama, radioterapia, ansiedad, intervención grupal cognitivo-conductual.

## ABSTRACT

Cancer is a chronic disease that is found among the five first causes of morbidity and mortality in our country. Of the total population that suffers any kind of Neoplasia, the female population in the reproductive age is the most affected. The psychological impact the diagnosis generates, as well as receiving the treatment for the cure or the control that affects the psychological well-being and the quality of life of those who suffer from this disease. Each phase of the treatment requires that the patient develops coping and adaptation abilities. A great number of women with cancer receive various oncological treatments, and have to deal with stressful situations that make them feel anxious. Radiotherapy and the side effects that this causes represent a threatening situation for those women who are exposed to this kind of treatment, affecting their emotional well-being. It is necessary to develop psychological intervention programs that allow the patients to acquire coping and adaptation abilities before their new life condition. The purpose of the present study consisted in determining the effectiveness of a cognitive-behavior group intervention to lower the anxiety of women with breast cancer that are exposed to radiotherapy in order to know the effect on the depression level and their subjective well-being. A protocol therapy of five two hour sessions once a week was established; seven patients with breast cancer that would receive radiotherapy at Hospital Juárez de México. The psychological components of the therapy protocol were: psychoeducation, diaphragmatic breathing training, cognitive reorganization and emotional expression in order to evaluate the psychological therapy effectiveness for the anxiety; the Beck's Anxiety Inventory (BAI) was used in a pretest-posttest application, in the same modality the Beck's Depression Inventory (BDI) was applied in order to know the impact of the intervention on this variable. Self information formats were used to find out the side effects that were caused by the therapy and to register the frequency of the diaphragmatic breathing exercises. The received marks were compared before and after the intervention applying Wilcoxon's Test of equal peers. The results showed differences statistically significant for the anxiety as well as for the depression, which is confirmed with the subjective report of the usefulness of having attended the therapeutic group. The findings indicate that the cognitive-behavior group intervention was effective to favor the adherence to the medical treatment, to lower the levels of anxiety and to improve the emotional health and the quality of life for women with breast cancer who have to receive radiotherapy.

**Key words:** breast cancer, radiotherapy, anxiety, cognitive-behavior group intervention.

# CAPÍTULO I

## CANCER

### **Situación del cáncer a nivel mundial**

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una enfermedad mundial que ocupa los primeros lugares en los índices de mortalidad. Las tasas de morbilidad y mortalidad de algunos tipos de cáncer varían de país a país debido a que están asociados a las diferencias en los estilos de vida y la cultura; por ejemplo: en los países desarrollados el tabaco es la razón principal del cáncer de pulmón, colon y recto, provocando una de cada tres muertes. En cambio, en los países en vías de desarrollo, la infección juega un rol principal en los cánceres de estómago, pulmón, hígado, mama y cuello uterino; ocasionando una de cada cuatro muertes (Sinead, 1999).

Aunque existen algunos tipos de cáncer que aparecen en edades muy tempranas, los datos muestran que ésta es una enfermedad de la “edad” ya que el número de muertes aumenta a partir de la quinta década de la vida (Jill, 1995). Según datos obtenidos por la Oficina de Censos de Población y Estadística de la Organización Mundial de la Salud en 1992, más de la mitad de la mortalidad se presenta en el grupo de población mayor de sesenta y cinco años.

Aún cuando la pobreza o un bajo estándar socioeconómico no están implicados como una causa directa para una alta incidencia de cáncer, los especialistas hallaron que este factor tiene una relación adversa para las tasas de sobrevivencia (Boletín Temas de Salud, 2000). Por lo que los grupos socioeconómicos menos privilegiados y los adultos mayores de 65 años de edad son los más afectados, la mortalidad por cáncer entre ellos es casi tres veces mayor que en el resto de la población.

## **El cáncer en México**

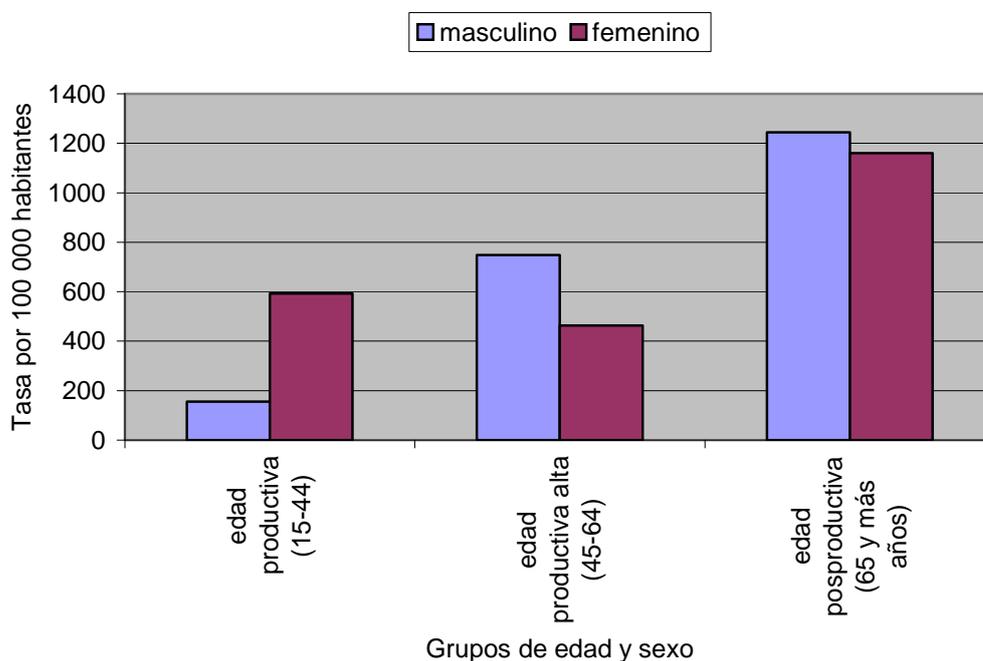
En nuestro país, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública no sólo por sus graves manifestaciones clínicas y su alta letalidad, sino también por la gran variedad de factores de riesgo -individuales y ambientales- con los que se asocia.

Uno de los factores de riesgo mejor identificados es el tabaquismo, la principal causa de cáncer de pulmón, laringe, cavidad bucal y vejiga. En México, se estima que más de 40 000 muertes por año se deben al consumo del tabaco. La ingestión de alcohol se vincula con el cáncer de cavidad bucal, faringe, esófago, laringe y sobretodo de hígado. La Encuesta Nacional de Adicciones informó que la frecuencia de consumo de alcohol en la población de 12 a 65 años es del 66.5% (Mohar y Frías, 2003). Según informes del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) se estima que cuatro de cada diez mexicanos desarrollarán alguna forma de cáncer y uno de cada cinco morirá por esa causa (Herrera, Granados y de la Garza, 2003).

De acuerdo con los datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), la morbilidad y la mortalidad del cáncer ha ido en aumento. En 1994 se notificaron 62,725 casos nuevos, 65% de los cuales se identificó en mujeres; en el año 2001 se registraron 102,657 casos nuevos, 65.2% corresponde también a las mujeres.

Los grupos de edad con mayor número de registros de tumores malignos por 100,000 habitantes fueron en la edad posproductiva, es decir los de 65 y más años, seguida por los de edad productiva alta (45 a 64 años) en el caso de los hombres y por los de edad productiva (15-44 años) en el caso de las mujeres (fig. 1).

Fig. 1. Casos de neoplasias malignas según grupo de edad y sexo (RHNM, 2001).

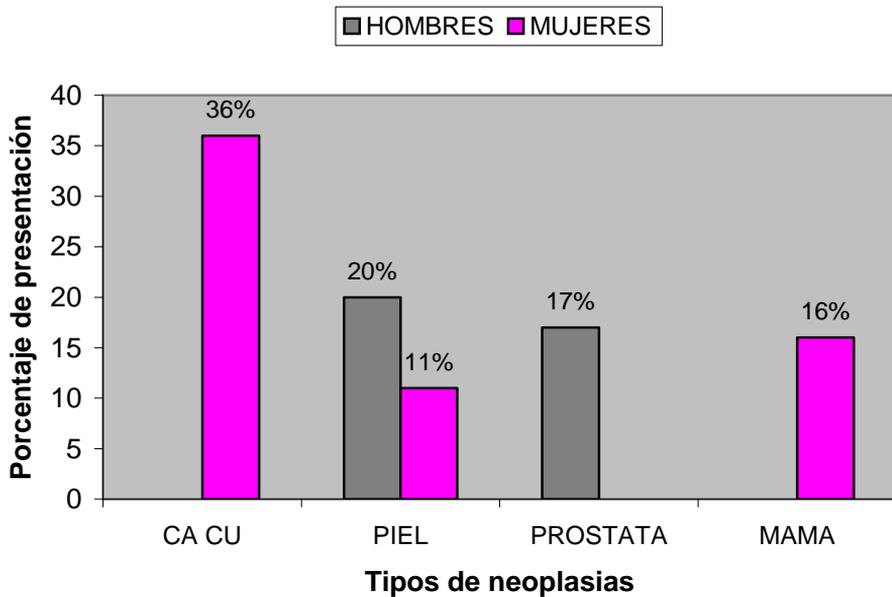


Los cánceres más frecuentes de acuerdo con el sexo y la edad en el año 2001 fueron:

SEXO	PERIODO	RANGO DE EDAD	TIPO DE CÁNCER
Hombres	Edad productiva	15 a 44	Testículo, piel, linfoma no Hodking
	Edad productiva alta	45 a 64	Piel, próstata, estómago
	Edad posproductiva	65 y más años	Próstata, piel, vejiga
Mujeres	Edad productiva	15 a 44	Cérvico uterino, mama
	Edad productiva alta	45 a 64	Mama y cérvico uterino
	Edad posproductiva	65 y más años	Piel, mama y cérvico uterino

En el año 2001 los tumores malignos que se presentaron con mayor frecuencia fueron el de cuello del útero (24.4%), piel (13.6%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%). En los hombres la mayor frecuencia se presentó por cáncer de piel (20%), próstata (17%) y estómago (6%). En cambio en las mujeres fue el cáncer cérvico uterino (36%), mama (16%) y piel (11%) ver (fig. 2)

**Fig. 2 Porcentaje de presentación de los tumores malignos más frecuentes en hombres y mujeres en el año 2001. (RHNM, 2001)**



Las tasas de mortalidad en nuestro país han sufrido una importante transición, en 1922 se registraron 363 832 muertes, el 68% correspondía a defunciones por cáncer; en 1940 se presentó un aumento en la mortalidad general y sólo el 1% eran por tumores malignos. Para 1970 se registró el mayor número de muertes 485 656, correspondiendo el 3.8% a las neoplasias. En 1990 se observó un decremento en las tasas de mortalidad general, 13% menos que en 1970. Sin embargo, la tasa de mortandad por cáncer ha permanecido en aumento alcanzando hasta 9.7% de la mortalidad general; constituyéndose en 1999 como la segunda causa de muerte en México. En el año 2001, según datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE-10) se presentaron 56 213 fallecimientos por cáncer 112.7% más casos que en el año de 1980.

De acuerdo a la entidad de residencia los estados con mayor número de casos del total registrados fueron: Distrito Federal 26.6%, Nuevo León 9.1% y Jalisco 8%, los de menor tasa el estado de Quintana Roo 0.2%, Tlaxcala 0.3% y Campeche 0.5%.

Del total de neoplasias malignas registradas en el 2001, el 36.3% fueron reportadas por el IMSS, el 26.7% por el sector privado y en tercer lugar la SSA con el 22.8%. Es importante resaltar que el 88% de los individuos que son atendidos en las instituciones médicas de la Secretaría de Salud pertenecen a la escala más baja de ingresos, lo que da como resultado que no puedan cubrir los gastos mínimos de su tratamiento y requieran de un subsidio de la institución; siendo sólo el 12% quien tiene ingresos medios y altos. (Mohar y Frías, 2003)

Como se aprecia en la figura 2, las neoplasias que se presentaron con mayor frecuencia en mujeres en nuestro País en el año 2001 fueron el cáncer cérvico uterino y el cáncer de mama. Aunque de manera global el cáncer de mama ocupa el tercer lugar de las neoplasias, se presentó un patrón distinto en el orden de las enfermedades dependiendo del grupo de edad. Mientras que en la edad productiva y posproductiva ocupa el segundo lugar, en la edad productiva alta se constituye como la primera neoplasia; dando como resultado que se vean afectados no sólo los años de vida y el bienestar familiar, sino el desarrollo social y el desarrollo económico de una nación. El cáncer en la mujer es un problema de salud pública y requiere de programas de atención que permitan realizar además de la detección oportuna, tratamientos integrales que tengan como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad, así como mejorar la calidad de vida.

### **Programas de atención para el cáncer en la mujer en México**

La reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer en nuestro país es prioritaria, por ello, la Secretaría de Salud ha establecido dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) programas de acción dirigidos a atender las neoplasias que ocupan los primeros lugares en México en la población femenina, el cáncer cérvico uterino y el cáncer mamario.

Los lineamientos de estos programas se encuentran señalados en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino y proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000 para

la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer de la mama.

La atención eficaz de estos padecimientos requiere de la coordinación y el compromiso de los sectores público, privado y social.

### **Situación del cáncer de mama en México**

En el siglo XX México presentó una transición demográfica que se refleja en modificaciones en la estructura de la pirámide poblacional. Hacia finales de 1998 se presentó un angostamiento en la base y el mayor crecimiento se observó en los grupos de adolescentes y mujeres en la etapa postreproductiva.

En 1990 existían en el país 16'951,260 mujeres de 25 años y más que representaban el 31.6% de la población femenina total. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2000 este grupo de mujeres llegó a 23'904,201 con un porcentaje de 47.7%. Para el año 2010 y 2030 se espera que las mujeres de este grupo constituyan el 55.6% y 68.7% respectivamente de la población femenina total.

Según las cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, en 1997 se reportaron 9,050 nuevos casos de cáncer de mama, con mayor frecuencia en el grupo de 45 a 54 años de edad, teniendo una variabilidad importante de presentación en diversas regiones del país.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1990 ocurrieron 2,230 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 1.67% del total de defunciones ocurridas en mujeres de 25 años y más. En 1994 dicha cifra fue de 2,785 (1.90%) muertes y para 1998 aumentó a 3,380 (2.1%) fallecimientos. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi nueve mujeres cada día, lo que representa la muerte de una mujer cada dos horas y media aproximadamente.

Las tasas de mortalidad por cáncer mamario estandarizadas por edad entre 1990 y 1998 muestran una tendencia creciente; la de 1990 fue de 13.16 por 100,000 mujeres de 25 años y más; en 1998 aumentó a 15.12 por el mismo denominador.

De continuar este crecimiento lento pero constante de la tasa de mortalidad por cáncer de mama, las cifras seguirán incrementándose en el grupo de mujeres de 25 años y más.

### **Qué es el cáncer**

Cáncer es el término genérico que se utiliza para describir a un grupo numeroso de enfermedades que se distinguen por su incidencia, propagación y tasas de sobrevivencia. La palabra cáncer deriva del latín *cancrem* (cangrejo); que a su vez procede del griego *carcinós* (cangrejo del mar). Fue Hipócrates quien al observar en la cara y mama de algunos enfermos una similitud de crecimiento como el de las patas de un cangrejo quien creó la acepción médica.

Aunque suele admitirse que los términos tumor y neoplasia son sinónimos de cáncer, es importante agregar el adjetivo maligno para diferenciarlos de los tumores o neoplasias benignas. (López-Lara, 1999).

El cáncer se caracteriza por ser una enfermedad de origen genético que ocasiona la reproducción celular anormal que se da de manera autónoma, progresiva y destructiva; y que, sin tratamiento, conduce a la muerte precoz del individuo. De forma normal las células del organismo siguen un comportamiento de división, maduración, muerte y reemplazo único de acuerdo con las reglas genéticas de la parte del cuerpo a la que pertenezcan (piel, hueso, hígado, pulmón, intestino, ojo, etc.). Es decir, siguen un ciclo celular. En cambio, las células cancerosas no siguen las reglas biológicas, por lo tanto, se reproducen sin regulación ni finalidad, de forma exponencial, autónoma e irrefrenable; cuya

particularidad es la pérdida de la *apoptosis*, es decir, no mueren. Esta desorganización del crecimiento celular ocasiona la destrucción e invasión de tejidos, lo que afecta, y, en algunos casos, impide el funcionamiento normal de los órganos. La acumulación de estas células malignas da como resultado la formación de una masa o tumor. Si esta proliferación no es detenida, los tumores pueden extenderse a otras partes del cuerpo. Este fenómeno se le conoce como *metástasis*.

Las células de cáncer se desarrollan a partir de células normales por un proceso llamado "transformación". El primer paso en este proceso es la "iniciación", en el cual un cambio en el material genético de la célula la prepara para transformarse en cancerosa. Este cambio puede ser ocasionado por un agente carcinógeno (químicos, un virus, radiación, luz solar, etc.). No todas las células son igualmente susceptibles a estos agentes, pero una alteración genética o el efecto de algún otro agente, conocido como promotor, puede aumentar la posibilidad de las células para convertirse en cancerosas. El paso siguiente es la "promoción", donde una célula que ha iniciado su cambio se convierte en cancerosa (la promoción no tiene efecto sobre las células que no han pasado por el proceso de iniciación). De esta forma, diversos factores, como la combinación de una célula susceptible y de un carcinógeno son necesarios para iniciar la enfermedad (Jill, 1995).

### **Factores de riesgo y agentes etiológicos**

De acuerdo con Herrera, Granados y De la Garza (2003) los estudios epidemiológicos identifican como *factores de riesgo* o fenómenos relacionados con el desarrollo del cáncer a aquellos que sin ser causas reales forman parte de un grupo que se conoce como indicadores indirectos. Por otra parte, también existen los *agentes etiológicos* que son los que de manera directa ocasionan la transformación maligna y desencadenan mecanismos genéticos y bioquímicos que conducen a la aparición de una tumoración; proceso que se conoce con el nombre de *carcinogénesis*. Conforme a los resultados obtenidos se ha observado que

existen algunos factores de riesgo que para ciertas neoplasias se convierten en agentes etiológicos, tal es el caso del tabaco.

Nezu (1998) ha clasificado estos factores en intrínsecos (propios del ser humano) y extrínsecos (lo que le rodea).

Dentro de los factores intrínsecos, se encuentra la predisposición genética, ya que por lo menos el 10% de los tumores malignos y algunas lesiones precancerosas son causados por los genes. Son ejemplos el cáncer de mama, el cáncer de colon, el retinoblastoma (cáncer infantil del ojo) y el cáncer de ovario.

Estudios epidemiológicos sugieren que al menos el 80% de la incidencia se atribuye a los factores extrínsecos o agentes productores de cáncer llamados también carcinógenos; entre los que se encuentran con mayor frecuencia los siguientes:

La **dieta** puede ser agente productor de cáncer cuando se consumen una elevada cantidad de alimentos ricos en grasa de origen animal y poca fibra; lo que da como resultado la obesidad. En el caso de las mujeres la acumulación de grasa se desarrolla en mayor medida durante la menopausia, y es a partir de esa grasa, que se producen estrógenos que se relacionan con el cáncer mamario y de endometrio. En el caso de los hombres este tipo de dieta está altamente asociada al cáncer de próstata (Nezu, 1998)

La exposición a **virus** como en el caso del cáncer cervicouterino está relacionado con el virus del papiloma humano, el virus de Epstein-Barr para linfoma no Hodgkin; por otra parte, las **bacterias** como la *Helicobacter pylori* se encuentra vinculada con el desarrollo de malignidad para el cáncer de estómago (op. cit)

Los **estilos de vida** que incluyen: el consumo de tabaco (principal causa de cáncer de pulmón, laringe, cavidad bucal y vejiga); la ingestión de alcohol (se vincula con el cáncer de cavidad bucal, faringe, esófago, laringe y sobre todo de

hígado) así como las prácticas sexuales y todas las conductas relacionadas con el cuidado de la salud (op. cit)

Finalmente **factores ocupacionales y ambientales** pueden producir cáncer; entre ellos se encuentran la exposición a químicos, los rayos ultravioleta y diferentes tipos de radiaciones (op. cit)

### **Clasificación o estadificación**

Debido a la gran variedad con que se presenta el cáncer ha sido necesario establecer una estadificación o clasificación con los siguientes objetivos: facilitar la comunicación entre el equipo de salud, servir como guía terapéutica y emitir un pronóstico (supervivencia, periodo libre de enfermedad y respuesta al tratamiento). Los factores pronósticos pueden ser inherentes al tumor, como tamaño, diferenciación, localización y aspecto macroscópico. Pueden ser propios del paciente, como la edad, sexo, estado general o enfermedades concomitantes entre otros. O bien, pueden vincularse con el tratamiento, como el tipo, efectos secundarios, dosis o relación temporal entre los componentes de la terapia.

Una forma de clasificar los tumores es por categorías de acuerdo a su diferenciación celular. Se considera una célula cancerosa como diferenciada mientras más se parezca a las células que le dieron origen. De esta manera existen cuatro grados: 1) en los tumores: grado I (las células están de un 70-100% diferenciadas); 2) tumores grado II (las células están de 50-75% diferenciadas); 3) tumores grado III (las células están de 25-50% diferenciadas) y 4) tumores grado IV (las células están 25% diferenciadas). El grado de diferenciación celular juega un papel importante en las decisiones que se tomen para su tratamiento. Mientras más alto sea el nivel significa que es un tumor más agresivo, de rápido crecimiento e indiferenciado.

El cáncer también puede clasificarse por etapas para definir que tanto ha progresado la enfermedad. Se consideran cinco etapas que se enumeran de la etapa 0 a la IV; en algunos casos éstas se subdividen en A y B. Un cáncer

clasificado en sus primeras etapas generalmente se encuentra confinado al sitio primario; los estados avanzados hacen referencia aunque no en todos los casos a tumores grandes que han alcanzado ganglios linfáticos y otras estructuras (op. cit).

La Comisión Americana sobre Cáncer desarrolló un sistema de estadificación conocido con las siglas TNM (del inglés tumor, node, metastases). La T hace referencia al tamaño del tumor primario, así como a la invasión de tejidos y estructuras cercanas; la N se refiere al grado en que han sido afectados los ganglios linfáticos por el tumor; y la M indica si el cáncer se ha ido a otros órganos, es decir si hay metástasis.

### **Tratamiento oncológico**

Los tratamientos para el cáncer tienen como objetivos la curación, el control y la paliación de la enfermedad. La curación hace referencia al periodo libre de enfermedad. En la mayoría de los casos estos se consideran a cinco años, aunque existen aquellas que se elevan hasta los diez. Lo anterior es debido a que existe un riesgo máximo de recurrencia que se considera dentro de los dos años siguientes al tratamiento primario. El tratamiento dirigido al control se emplea en los tumores para los cuales no es posible la cura, sin embargo, se intenta a través de éste que la enfermedad no siga avanzando al mismo ritmo como si estuviera sin ningún tratamiento. Por último, está la paliación que se aplica cuando la cura es imposible; su finalidad es disminuir los síntomas que provocan al paciente incomodidad (dolor, incapacidad para realizar funciones básicas –dormir, comer, evacuar) y que por lo tanto afectan su calidad de vida.

Existen tres modalidades principales de tratamiento para el cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia. Cualquiera de ellas puede ser utilizada como tratamiento neoadyuvante (primer tratamiento); tratamiento adyuvante (posterior a un primer tratamiento); o como tratamiento concomitante (al mismo tiempo que otro tratamiento). Lo anterior dependerá del tipo de cáncer, así como de su clasificación de acuerdo con el sistema TNM y los factores pronósticos.

La **cirugía** es el tratamiento más antiguo, se utiliza para remover el tumor (primario, metastásico, recurrente o residual), además de los ganglios y órganos afectados. Varios tipos de cáncer son curados mediante esta modalidad terapéutica. Se aplica como tratamiento neoadyuvante (primer tratamiento) o como tratamiento adyuvante; después de que los pacientes fueron sometidos a radioterapia y/o quimioterapia.

La **quimioterapia** se conoce también como tratamiento sistémico debido a que su empleo tiene un efecto en todo el organismo. Al igual que los otros tratamientos, puede ser usado con fines curativos, de control o paliativos. Tiene como finalidad destruir las células cancerosas, sin embargo, también afecta algunas células sanas, principalmente aquellas que se dividen rápidamente como son: las células del epitelio gastrointestinal, los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas, las células del cabello y vello. La gran mayoría de los pacientes vive la pérdida de cabello, pestañas, vello de todo el cuerpo; presenta náuseas, vómito, diarrea. También puede presentar anemia, infecciones o sangrados. Estos síntomas se conocen como efectos secundarios.

La **radioterapia** se le conoce como tratamiento locorregional debido a que las radiaciones se dirigen a un sitio específico del organismo. Se puede emplear después de la cirugía y/o quimioterapia, o al mismo tiempo que la quimioterapia. En ambos casos las radiaciones son dirigidas a los órganos o los tejidos que pudieran contener o que contienen células malignas. Se usa como método de prevención de metástasis cerebrales y de recurrencia local, también permite reducir el tamaño de ciertos tumores. Como tratamiento paliativo, sirve para aminorar dolor, disnea, hemorragias; así como para liberar raíces nerviosas comprimidas en la columna, y para aminorar la presión intracraneana ocasionada por metástasis cerebrales, entre otras más (Greenberg, 1998).

## **Objetivo de la radioterapia**

La radioterapia tiene como objetivo la destrucción de la mayor cantidad de células tumorales, procurando dañar lo menos posible las células de los tejidos sanos. La radiación se dirige con la finalidad de lesionar la estructura genética de aquellas células malignas que se encuentren entre la fase de síntesis y la fase premitótica del ciclo celular, y, de esta forma, evitar que se sigan reproduciendo. Desafortunadamente, también daña aquellas células sanas del organismo que son radiosensibles y que se encuentran dentro del campo de radiación. Son ejemplos las células de la médula ósea, de la piel, los folículos pilosos, células de las membranas de la mucosa, las células epiteliales del tracto gastrointestinal y las células germinales. (Hall y Cox, 1989; Nias, 1990).

## **Aplicación de radioterapia**

De acuerdo a la forma de administración, la radioterapia puede ser externa, a lo que se le llama *teleterapia* (los aparatos que se usan se encuentran a cierta distancia del paciente), y la interna que es llamada *braquiterapia* (se colocan fuentes radiactivas dentro de los tejidos a tratar).

La cantidad de radiación que cada paciente reciba es calculada de manera individual por el especialista. La aplicación del tratamiento se hace en dosis fraccionadas, por lo que los pacientes que reciben radioterapia tienen que acudir de lunes a viernes al hospital durante un número determinado de sesiones.

## **Efectos secundarios de la radioterapia**

La dosis y el lugar que se vaya a radiar son factores que intervienen en los efectos secundarios que experimenten los pacientes. Los tejidos cuya reproducción celular es más rápida son llamados radiosensibles y van a mostrar reacciones agudas o mediatas al tratamiento. Por otra parte, los tejidos cuya

reproducción mitótica es más lenta, mostrarán los efectos de la radiación en un tiempo más prolongado que puede llegar a ser incluso varios años después del tratamiento y en un momento dado resulta difícil diferenciarlos de los síntomas ocasionados por la enfermedad (Colmes, 1988). La regeneración de estos tejidos tomará más tiempo, y, en ocasiones, el daño causado puede ser irreversible (Copp, 1991).

## **Aspectos psicológicos del cáncer**

En las últimas dos décadas los avances científicos en los tratamientos contra el cáncer han logrado que el número de sobrevivientes se incremente. Esto ha ocasionado un cambio importante en la atención psicológica que se da a los pacientes con algún tipo de neoplasia.

A partir de la década de los ochenta surge el interés por brindar atención integral al paciente oncológico y se da mayor énfasis a la investigación psicológica en dos grandes dimensiones. Una de ellas se enfoca a estudiar el impacto que tiene el cáncer en el funcionamiento psicológico del paciente, su familia y el equipo de salud. La otra dimensión dirige su interés a conocer cuáles son las variables psicológicas y conductuales que pueden ser consideradas como factores de riesgo para el cáncer y la supervivencia a la enfermedad (Holland, 1998).

La adaptación a la enfermedad, los índices de depresión y ansiedad, la imagen corporal, el manejo del dolor, la prevención, el diagnóstico oportuno y los patógenos conductuales (Doll, 1983), son sólo algunos de los temas que ocupan a los psicólogos hoy en día. Así mismo hay un gran interés por identificar de qué manera variables como la personalidad, el contexto sociocultural, las actitudes sociales, las creencias culturales sobre el cáncer, la etapa de desarrollo del paciente, las habilidades personales, los recursos (apoyo social, posición socioeconómica, escolaridad, familia, etc.) y los estilos de afrontamiento

intervienen en la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida de los sobrevivientes.

En el caso de variables como la personalidad se han realizado investigaciones para conocer si existen tipos de personalidad propensas a padecer cáncer. En un estudio donde se aplicó un cuestionario de personalidad y una entrevista a más de 1000 personas mayores de cuarenta años, sólo el 11% desarrolló cáncer veinte años después. De acuerdo con estos resultados el riesgo de tener algún tipo de neoplasia no se relaciona con factores de personalidad como la extroversión o el neuroticismo sino que está más relacionado con factores intrínsecos (genética) y factores extrínsecos (estilos de vida, exposición a virus, factores ocupacionales y ambientales) (Schapiro, 2001). Tampoco se ha encontrado evidencia que los estados de ánimo prevengan o promuevan el cáncer, sin embargo, si se ha observado que personas con antecedentes de depresión o ansiedad presentan conductas consideradas como factores de riesgo (consumo de alcohol, tabaco) que están altamente asociados a ciertos tipos de cáncer como el de pulmón y laringe (Harvard Mental Health Letter, 2003). También se ha investigado cómo el estado de ánimo y el tipo de personalidad influye en el progreso y la recurrencia al cáncer. Se reporta que las mujeres solteras o solas con cáncer de mama y ovario mueren más pronto si han tenido que enfrentar de forma reciente la muerte de un familiar, divorcio o crisis financiera (op. cit).

Independientemente del tipo de personalidad, el recibir el diagnóstico de cáncer es una experiencia estresante que representa una amenaza para la vida (Graydon, 1993; Yumi et al., 2003). Frecuentemente los pacientes oncológicos reciben más de un tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia). El impacto psicológico no sólo se debe al padecimiento de la enfermedad, sino a la experiencia traumática ocasionada por los tratamientos y los efectos secundarios de los mismos; además influyen las condiciones que se requieren para que el paciente pueda recibir su tratamiento, lo cual se refleja en el detrimento de su bienestar psicológico (Hughson, Cooper, McArdle y Smith, 1987).

La prevalencia de ansiedad y depresión varía dependiendo el tipo de cáncer, la edad, el tratamiento que reciben, el sexo. Investigaciones hechas han demostrado que proporcionar una adecuada información así como el apoyo psicológico a los individuos que padecen cáncer es de gran importancia debido a que facilita su adaptación y el afrontamiento (Houts 1991; Fallowfield y Jenkins, 1999). Los pacientes aprenden y comprenden más sobre la enfermedad y los tratamientos, aumentan su sentido de control, reducen sus miedos y los sentimientos de incertidumbre, disminuyen sus niveles de ansiedad y depresión y mejoran su comunicación con el personal de salud y su familia (Manfredi et al. 1993).

## **CAPÍTULO 2**

### **ANSIEDAD Y RADIOTERAPIA**

#### **Ansiedad**

La ansiedad es una sensación experimentada por todos en mayor o en menor medida en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazadora; en general ayuda a enfrentarse a cualquier tipo de situaciones. Puede definirse como una “respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognoscitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica”. (Sáiz, Ibáñez y Montes, 2001 p. 4). Sin embargo, se puede convertir en patológica cuando el peligro al que se pretende responder no es real, o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva. Se calcula que entre un 15% y un 20% de la población padece o padecerá a lo largo de su vida problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento (Bulacio, 2004).

Diversas situaciones provocan diferentes grados de ansiedad. Sin embargo, no todo el mundo reacciona con el mismo nivel de ansiedad ante una situación dada. Las diferencias individuales, que juegan un papel muy importante en las respuestas de ansiedad, están muy relacionadas con la personalidad. (Gutiérrez, 2004).

Spielberger (1970) describía el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes con independencia del peligro real, lo

suscitarían. El mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

## **Síntomas clínicos de la ansiedad**

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en:

- **Síntomas subjetivos-** Se les llama correlatos cognoscitivos o psicológicos de la ansiedad. Son manifestados por emociones displacenteras como intranquilidad, temores indefinidos, aprensión, irritabilidad, impaciencia (Saiz, Ibáñez y Montes, 2001), inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones (Bulacio, 2004.) Cuando ésta es más grave se experimenta la sensación inminente de muerte, el temor a volverse loco o a perder el control (Saiz et al., 2001; Bulacio, 2004).

También pueden observarse dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los “despistes” y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc. (op. cit.).

- **Síntomas somáticos-** Existen una serie de cambios fisiológicos producidos por la estimulación del sistema nervioso autónomo y que se manifiestan a través de los distintos sistemas corporales:

1. *Sistema cardiovascular.* Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, extrasístoles, etc.

2. *Sistema respiratorio*. Sensación de opresión en el pecho, suspiros, dificultad para respirar, sensación de ahogo.
  3. *Sistema digestivo*- Sensación de nudo en la garganta o el estómago, dificultad al tragar, náuseas, vómitos, aerofagia, meteorismo, dispepsia, pirosis, plenitud gástrica, hipermotilidad abdominal, diarrea, estreñimiento.
  4. *Sistema genitorurinario*- Necesidad de orinar frecuentemente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la erección.
  5. *Sistema neuromuscular*. Tensión, dolores y molestias musculares, rigidez, bruxismo, voz inestable, temblor, visión borrosa, zumbidos, hormigueos, cefalea tensional.
  6. *Síntomas neurovegetativos*- Sequedad de boca, sudoración, sensación de inestabilidad (referidos como mareos o vértigos por el paciente).
- **Síntomas conductuales**- Son manifestaciones clínicas de la ansiedad que pueden ser observadas por los demás al tener repercusiones directas sobre la conducta del sujeto. Se puede presentar estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos mentales, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora (dificultad para estar quieto y en reposo). Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal; se puede observar rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, movimientos repetitivos (restregarse las manos, tocarse la ropa, alisarse el cabello, morderse las uñas, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación. (Sáiz, Ibáñez y Montes, 2001; Bulacio, 2004).
  - **Síntomas Sociales**- Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse

o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc. (op. cit.).

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de baja intensidad, corta duración, y no incapacitan la funcionalidad del individuo.

### **Ansiedad y miedo**

Las reacciones que provocan en el organismo son similares (sudoración, temblor, taquicardia, tensión muscular, sequedad en la boca, etc.) y la experiencia subjetiva del miedo no se distingue de la provocada por la ansiedad.

El criterio diferenciador entre ambas reacciones emocionales viene dado por la posibilidad o no de identificar un peligro concreto o un objeto determinado como causa de la amenaza percibida. En este sentido, “el miedo responde a una circunstancia amenazadora específica del ambiente, mientras que la ansiedad es indefinida y se percibe de una manera más permanente, global, vaga, indeterminada, y, en cierto modo, inexplicable”. (Sáiz, Ibáñez y Montes, 2001 p. 7).

### **Ansiedad y estrés**

Los términos ansiedad y estrés con frecuencia se utilizan indistintamente, ya que por un lado las situaciones de estrés llevan a sentir ansiedad y, por otra parte, por debajo de muchas alteraciones ansiosas se encuentran acontecimientos estresantes. Sin embargo, puede señalarse como carácter diferencial que la

ansiedad es una emoción, mientras que el estrés alude siempre a una situación a la que estamos obligados a adaptarnos, y, por lo tanto, no se trata sólo de una emoción.

De acuerdo con Sáiz, Ibáñez y Montes (2001) las situaciones capaces de generar estrés reúnen en general las siguientes características:

1. Incertidumbre
2. Exigencia de cambio
3. falta de información
4. Indefensión
5. Inexperiencia en el manejo de situaciones análogas
6. Sensación de amenaza y/o aversión.

## **Cáncer y ansiedad**

Para muchas personas el diagnóstico de cáncer y los tratamientos que hay para combatirlos son eventos que causan distrés psicológico. La cantidad de estresores a los que se somete una persona con cáncer modifican su calidad de vida. La experiencia del diagnóstico y del tratamiento de esta enfermedad afecta aspectos psicológicos, emocionales, sociales, familiares, sexuales, biológicos y laborales de los pacientes. (Baum y Posluzny, 2001).

Tener cáncer implica enfrentarse a diversas situaciones (cirugía, quimioterapia, radioterapia, ausencia laboral, cambio de imagen, dolor, etc.); que resultan difíciles aún para las personas que han enfrentado de manera favorable aquellas situaciones negativas en sus vidas. Manne et al. (1994) resaltan que además de enfrentarse al proceso de tratamiento médico y los efectos secundarios del mismo, los pacientes con cáncer se enfrentan a la incertidumbre del curso de su enfermedad, la adaptación a los cambios en el funcionamiento físico, así como a otros cambios que afectan sus vidas y que son resultado del proceso de la

enfermedad. Por su parte Cohen y Lazarus (1979) mencionan que los individuos que padecen una enfermedad crónica ven amenazado su autoconcepto, sus planes futuros, sus roles sociales y el ambiente en el que viven.

La adaptación que muestra el paciente ante su diagnóstico está significativamente influida por los factores psicosociales pre-existentes tales como funcionamiento general en su historia, apoyo social, preocupaciones actuales y variables demográficas (Weisman, Worden y Sobel, 1980). Sin embargo, la amenaza a la vida, los síntomas físicos, los tratamientos, el miedo a la muerte, el miedo y las concepciones erróneas sobre el cáncer se consideran como la causa de los desórdenes mentales (Holland, 1998; Massie y Holland, 1990).

La incidencia de desórdenes mentales en pacientes con cáncer varía. En estudios realizados entre 1983 y 1987 sobre prevalencia de distrés psicológico se encontró que entre el 25-30% de los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer y con diagnóstico de recurrencia presentaron altos niveles de distrés emocional; y que aproximadamente el 47% presentaban un diagnóstico psiquiátrico (Derogatis y Melisaraatos, 1983; Farber, Weinerman y Kuypers, 1984). Por otra parte, Massie y Holland (1990) estiman que aproximadamente entre el 15-25% de los pacientes con cáncer presenta algún trastorno psiquiátrico.

Independientemente de los porcentajes, se ha encontrado que los tipos más frecuentes de problemas emocionales que presentan los pacientes oncológicos son la depresión y la ansiedad; desafortunadamente, en algunos casos los niveles son muy altos (Stanton et al., 2000; Meyerowitz, 1983). En el caso de la ansiedad pueden llegarse a producir fobias, desorden de estrés postraumático y náusea anticipatoria (Bolund, 1985).

El impacto psicológico que resulta del diagnóstico de cáncer ha sido sujeto de un gran número de investigaciones. Después de que se establece el diagnóstico el paciente iniciará con alguno de los tratamientos (cirugía, quimioterapia y radioterapia) o con la combinación de ellos, ya sea para la curación de la enfermedad, o para su control o paliación. Cada tratamiento tendrá variaciones respecto a la duración e intensidad de su aplicación. Lo anterior puede exacerbar en los pacientes ansiedad (Forester, Kornfeld y Fleiss, 1985).

Sehlen, Hollenhorst y Schymura (2003) evaluaron estrés en 265 pacientes con diferentes tipos de tumor, los resultados arrojaron que las mujeres mostraron niveles más altos de estrés antes y después de la radioterapia ocasionado por ansiedad, dolor y cantidad de información. Las mujeres jóvenes mostraron un decremento en los niveles de ansiedad, mientras que las mujeres de edad avanzada mostraron un incremento. Aass, Fossa y Dahl (1997) investigaron la prevalencia de ansiedad y depresión que presentaron 716 pacientes del Norwegian Radium Hospital, los resultados fueron del 13% y 9% respectivamente. En lo referente a ansiedad, se les preguntó a los pacientes sobre el tipo de ansiedad que relacionaban con el cáncer; las respuestas se en los cuatro tipos siguientes: **ansiedad situacional** (tratamiento del cáncer, posible dolor, posible soledad, ansiedad por finalizar el tratamiento, problemas familiares y sociales), **ansiedad psiquiátrica** (ataques de pánico, trastorno de ansiedad), **ansiedad orgánica** (ansiedad causada por los síntomas físicos, ansiedad sintomática, ansiedad inducida por medicamentos) y **ansiedad existencial** (arrepentimiento por lo hecho en el pasado, sentimientos de vacío o de no haber aprovechado la vida, incontinencia, miedo a la muerte) ver tabla 1.

Tabla 1 Clasificación de ansiedad relacionada con el cáncer y los factores que se desprenden.

Tipo de ansiedad	Factores					
<b>Situacional</b>	Cáncer 83.5%	Tratamiento 61.5%	Posible dolor 45.9%	Posibilidad de soledad 20.2%	Miedo a terminar el tratamiento 4.6%	Problemas sociales y familiares 30.3%
<b>Psiquiátrica</b>	Ataques de pánico 4.6%	Trastornos de ansiedad 0%				
<b>Orgánica</b>	Ansiedad con síntomas físicos 30.3%	Ansiedad sintomática 0.9%	Ansiedad inducida por medicamentos 0%			
<b>Existencial</b>	Arrepentido por el pasado 6.4%	Sentimientos de vacío o de no haber aprovechado la vida 17.4%	Incontinencia 13.8%	Miedo a la muerte 34.9%		

## Radioterapia y ansiedad

La radioterapia es una de las modalidades de tratamiento más usadas. Se estima que del 25 al 50% de los pacientes con cáncer en todo el mundo recibe radioterapia (Hinds y Moyer, 1997). La exposición a la radiación, la toxicidad y los efectos que ocasiona son los miedos que más se manifiestan no sólo por los pacientes sino también por su familia (Peck y Boland, 1977). Esto se debe a la información que poseen respecto a los daños que las radiaciones causan, un ejemplo de ellos es lo que ocasionó la bomba atómica. Comparado con otros tratamientos contra el cáncer, la radioterapia parece estar desproporcionadamente asociada con conceptos erróneos o malentendidos y con aprehensión (Aass, 1997; Peck et al., 1977; Poroch 1995). Estas son algunas de las razones por las que la terapia con radiación es un tratamiento que causa distrés emocional (Aass, 1997; Holland, 1998; Peck et al.; 1977; Rowland, 1990).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) “el estrés psicológico es una condición particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”, (p. 43). El énfasis en ésta definición está centrado en el proceso de evaluación cognitiva que cada persona lleva a cabo a partir de características personales: percepción, estilos de pensamiento, sensibilidad, vulnerabilidad (física y psicológica), creencias, valores y compromisos, que se relacionan con las características del ambiente en un momento específico; por lo que el estrés resulta cuando hay un desequilibrio entre las demandas o requerimientos de la situación ambiental y las habilidades del individuo para enfrentarlas.

La evaluación cognitiva es un proceso que interviene en la aparición de pensamientos, sensaciones y acciones subsiguientes a un acontecimiento estresante. Ésta le permite al sujeto extraer el significado de la situación, afectando también su forma de reaccionar ante acontecimientos similares posteriores.

Durante la evaluación cognitiva se ponen en marcha dos aspectos valorativos básicos; el primero se encarga de discriminar si ciertas experiencias dañan, benefician, amenazan o retan; en qué medida, de qué forma, durante cuánto tiempo y qué tan importante es lo que está en riesgo (evaluación primaria). El segundo valora a partir de lo anterior, si puede hacerse algo al respecto, qué acciones podría llevar a cabo, cómo lo haría y qué posibilidades de éxito tendría (evaluación secundaria). En ambos tipos de evaluación, los términos primario y secundario no denotan que uno sea jerárquicamente más importante que el otro, sino que esta clasificación obedece a la tradición en psicología de darles estas denominaciones.

El proceso de evaluación es continuo y cambiante, por lo que las posteriores reevaluaciones que lleve a cabo el individuo a partir de la evaluación

inicial, estarán basadas en la nueva información recibida del entorno y en la información de sus propias reacciones (conductuales, cognitivas y emocionales).

De acuerdo con Hugues (1982) 80% de las mujeres con cáncer de mama presentan distrés durante su tratamiento inicial, y este puede persistir hasta por dos años debido a variables como la recurrencia, los efectos secundarios de los tratamientos, la sexualidad, la infertilidad, la imagen corporal y las relaciones interpersonales (Irving et al., 1991; Northouse, 1989; Maunsell, Brisson y Deschenes, 1992).

Los resultados de Zabora et al. (2001) en una muestra de 4496 pacientes con diferentes tipos de cáncer, arrojaron que la prevalencia de distrés fue del 35.1%; siendo las pacientes con cáncer de mama quienes presentaron en primer lugar mayores niveles de ansiedad, depresión y hostilidad. Por otra parte, Sollner et al. (2004) evaluaron ansiedad y depresión en 100 pacientes con cáncer de mama que estuvieran recibiendo radioterapia, 31% de los pacientes presentaron ansiedad de moderada a severa y/o depresión, 42% de los pacientes expresaron interés en recibir apoyo psicológico.

El cáncer constituye para cualquier individuo una amenaza a la vida que requiere que la persona que padece esta enfermedad dedique sus actividades físicas y cognitivas a preservar su integridad física y psíquica. La manera como las personas afrontan el hecho de padecer cáncer está en gran relación con sus creencias, recursos y estilos de afrontamiento. En el año 2004, las residentes de Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México adscritas al servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, realizamos una investigación sobre redes semánticas para conocer la forma en que los pacientes de este servicio conceptualizan el cáncer y los tratamientos (ver anexo 1). La muestra se conformó por 75 participantes (25% hombres y 75% mujeres), donde el 65% fueron pacientes que se encontraban en vigilancia (libres de enfermedad) y el 35% del total eran del servicio de cáncer de mama; las definidoras que se obtuvieron

fueron clasificadas en cuatro categorías: a) función; b) definición; c) efectos secundarios y d) emociones (ver tabla 2).

Tabla 2 Definidoras con mayor peso semántico obtenidas para conocer el significado de cáncer, cirugía quimioterapia y radioterapia.

ESTIMULO	FUNCIÓN	DEFINICIÓN	EFECTOS	EMOCIONES
Cáncer	2º Causa la muerte	1º Enfermedad	3º Genera dolor	4º Miedo, tristeza y sufrimiento
Cirugía	4º Necesaria	1º Operación	2º Genera dolor	3º Miedo
Quimioterapia	4º Cura	1º Tratamiento	2º Pérdida de cabello, vómito, dolor, náuseas.	3º Miedo
Radioterapia	3º Cura	1º Tratamiento	2º Quema	4º Miedo, temor.

Para los participantes de esta investigación el cáncer y sus tratamientos son situaciones que generan estrés psicológico ya que implican amenaza, daño y/o pérdidas que en algunos casos no han sucedido pero que pueden suceder.

De acuerdo con el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), la evaluación de **daño o pérdida** ocurre cuando el individuo ha aprendido que una determinada situación tiene consecuencias negativas y perjudiciales; como enfermedades, accidentes, daños a la estima propia, pérdida de un ser querido y todos aquellos acontecimientos en los que ha vivido o puede experimentar pérdidas de compromisos importantes.

En el caso de los pacientes con cáncer la evaluación se presenta cuando las personas reciben el diagnóstico de la enfermedad debido a que está altamente asociado con muerte, dolor, sufrimiento, miedo y tristeza; pero sobretodo con el hecho de estar viviendo la pérdida de la salud.

Por otra parte, la **amenaza** se refiere a daños o pérdidas que aún no han ocurrido, pero que pueden suceder. Así mismo, las consecuencias negativas a futuro que implican las pérdidas son consideradas como amenazantes. El resultado emocional de esta evaluación es que las personas experimentan preocupación, miedo, ansiedad. En la tabla 2 podemos observar que tanto el cáncer como los tratamientos generan en los pacientes miedo y temor debido a los efectos que ocasionan: mutilación, cambio de imagen, náusea, vómito, dolor, pérdida de apetito, ardor.

Resulta disonante para los pacientes el que les digan que los tratamientos que reciben son para mejorar su salud, sin embargo, durante el tiempo en que les son aplicados su condición física puede empeorar poniendo inclusive en riesgo su vida.

Los tratamientos para el cáncer se consideran aversivos e invasivos. En el caso de la radioterapia se requiere para su aplicación de la presencia del paciente en el hospital de lunes a viernes. La duración del tratamiento puede ser de entre tres a seis semanas, el tiempo total va a depender del tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y el objetivo de su aplicación (curación, control o paliación). Peck y Boland (1977), y Poroch (1995) coinciden que el periodo en el que los pacientes reciben radioterapia es estresante ya que genera alteraciones en los patrones diarios de vida tanto de los enfermos como de la familia. Los pacientes que han recibido radioterapia reportaron que el tiempo diario de espera previo a su sesión y la convivencia en la sala con otras personas con cáncer fueron dos situaciones potencialmente estresantes; más de la mitad de los pacientes experimentan ansiedad durante su primera radiación (Lamszus, Verres y Hubener, 1994).

En lo referente al tratamiento, el temor más grande que tienen quienes van a recibir radioterapia es a ser "*quemados por la radiación*" y por consecuencia a vivir el dolor y las molestias que les genera. Así mismo, son factores estresantes el permanecer solo mientras se recibe el tratamiento; al igual que el ruido que

produce el aparato emisor de radiaciones. Por ello, es importante brindar apoyo (familiar, psicológico, social) a las pacientes con el objetivo de ayudarlas a mantener, restaurar o incrementar su fortaleza física y emocional que les permita aumentar su habilidad de interacción y adaptación (Hinds y Moyer, 1997; Gardner y Wheeler, 1981).

En un estudio realizado por Rahn y Mose (1998) exploraron estrategias de afrontamiento y distrés psicológico ocasionado por la radiación, 81% de las pacientes reportaron tratar de distraerse, 56% reprimieron los pensamientos sobre la radioterapia, 40% presentaron ansiedad por el tratamiento y 54% presentaron ansiedad por los efectos secundarios. Por otra parte, Mose y Rahn (1999) exploraron distrés ocasionado por la radioterapia en 48 mujeres con cáncer de mama, 83% reportaron tratar de obtener más información, 56% trataron de no pensar en la radioterapia y/o las radiaciones, 19% presentaron ansiedad durante casi todo el tiempo que duró el tratamiento.

Aass, Fossa y Dahl (1997) reporta que la prevalencia de ansiedad y depresión en 716 pacientes del Norwegian Radium Hospital fue del 13% y 9% respectivamente. Además de indagar sobre el tipo de ansiedad que les genera el cáncer, se les preguntó sobre el tipo de ansiedad relacionada con la radioterapia utilizando las categorías que ya han sido exploradas por Holland (1998), los resultados fueron:

- Ansiedad por exposición a la radiación 26.6%
- Ansiedad por los efectos secundarios agudos 60.6%
- Ansiedad por los efectos secundarios a mediano y largo plazo 9.2%
- Ansiedad por el equipo y el lugar (cuarto) donde se aplica la radioterapia 16.5%
- Ansiedad a estar solo 11.9%
- Ansiedad por el exceso de radiación 22 %
- Ansiedad porque el uso de radioterapia indica que el tumor es incurable 40.4%

- Ansiedad por los resultados del tratamiento 41.3%

De acuerdo con esta clasificación 3 de cada 5 pacientes presentaron ansiedad por los efectos secundarios agudos (quemaduras, fatiga, náusea, vómito, falta de apetito, dolor).

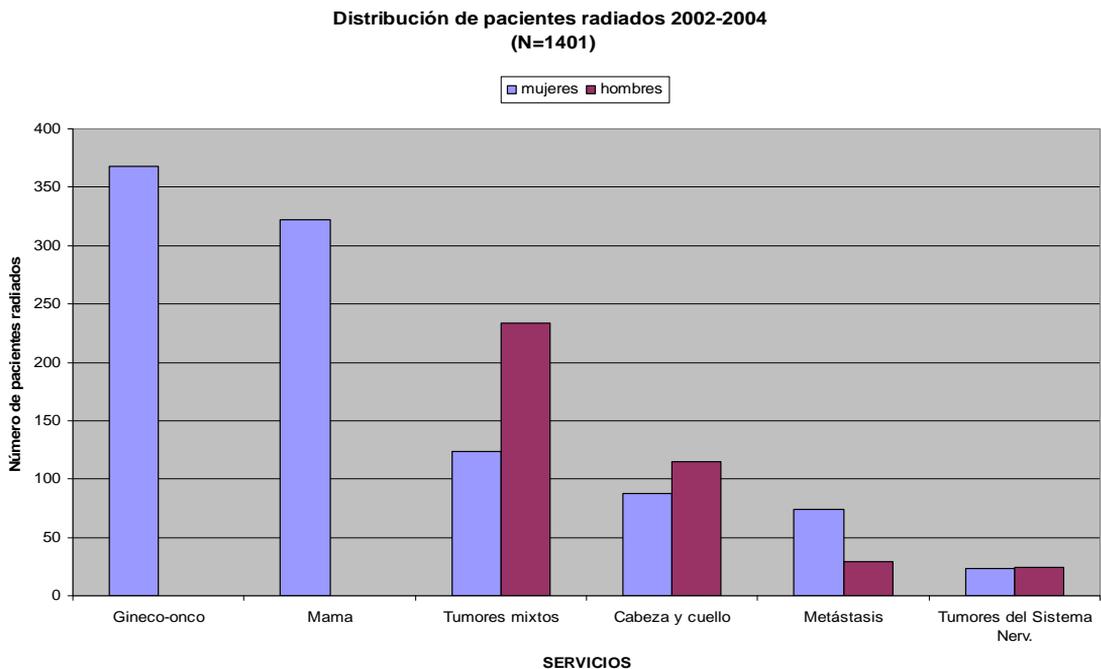
También se ha encontrado que los miedos ocasionados por la radioterapia surgen en los pacientes independientemente de variables como la nacionalidad, el nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad (Chaturvedi et al., 1996). Sin embargo, Karasawa (2005) refiere que variables como el género femenino y no tener apoyo social para el cuidado de los efectos secundarios eran predictoras de ansiedad debido al tratamiento de radioterapia.

En un estudio realizado con cien pacientes indúes con cáncer que recibían radioterapia Chaturvedi et al., (1996) encontraron que existe mucho miedo y conceptos erróneos respecto a la naturaleza y los efectos de la radioterapia. Los participantes definen la radiación como corriente eléctrica equiparándola con la energía eléctrica que se utiliza de manera común; los pacientes tienen miedo a morir debido a la radioterapia, o a vivir con daños permanentes o con escaras en sus cuerpos. Por lo tanto, las intervenciones que se han llevado a cabo para brindar apoyo tienen como objetivos ayudar a los pacientes a su adaptación, brindar educación sobre el uso de la radioterapia, aclarar dudas y corregir conceptos equivocados. Los altos niveles de ansiedad que presentan los pacientes ante la radioterapia y los estudios realizados para proporcionarles apoyo permiten concluir que puede ser de gran utilidad que los pacientes acudan a grupos u organizaciones donde puedan recibir ayuda.

De acuerdo con datos obtenidos del libro de registros de pacientes radiados del Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, del año 2002 al 2004 se radiaron 1401 pacientes distribuidos de la siguiente forma 26% del servicio de gineco-onco, 23% del servicio de mama, 26% del servicio de tumores mixtos, 15%

del servicio de cabeza y cuello, 7% pacientes que presentaban metástasis y 3% que fueron referidos por los diferentes especialidades del hospital, ver gráfica 1.

**Gráfica 1** Distribución de pacientes radiados de enero 2002 a diciembre de 2004 en el Servicio de Radioterapia del Hospital Juárez de México (Fuente libro de registros de pacientes radiados).



La distribución por sexo fue 28.7% hombres y 71.3% mujeres. Del total de población femenina que recibió radiación el 80% tenían entre 31 y 70 años de edad y el 49% se encontraban en edad productiva alta (45 a 64 años). Los porcentajes más altos de población femenina que recibió radioterapia fueron las pacientes que estaban siendo atendidas por algún tipo de cáncer considerado ginecológico 37% y las de cáncer de mama 32%.

En el caso de las pacientes que se radiaban por algún tipo de cáncer ginecológico no todas eran pacientes que durante la consulta estuvieran siendo atendidas en el Hospital; algunas de ellas eran referidas por el Hospital General de México y el Hospital de la Mujer.

En cambio el 32% de población femenina que se radió del 2002 al 2004 fueron mujeres con cáncer de mama que si eran pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Juárez. Particularmente esta población fue asignada para su tratamiento de radiación en dos turnos. En el turno matutino se atendió a las pacientes con cáncer de mama que estuvieran recibiendo radioterapia y al mismo tiempo estuvieran recibiendo quimioterapia, ya sea que les hubieran practicado o no algún tipo de cirugía. En el turno vespertino se radiaron las pacientes con cáncer de mama que sólo estuvieran recibiendo radioterapia ya fuera después de la cirugía y/o la quimioterapia.

Independientemente del orden en que reciben los tratamientos, es un hecho que las pacientes con cáncer de mama del Hospital Juárez de México están sometidas durante un tiempo prolongado (6 meses o más) a situaciones que ocasionan distrés emocional. De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación sobre redes semánticas, el miedo, el temor, la tristeza y el sufrimiento son las manifestaciones emocionales que están altamente asociados al cáncer, a los tratamientos y a los efectos secundarios (cambio de imagen por: mutilación de una o ambas mamas, pérdida de cabello, pérdida de vello, cambio de coloración en la piel, pérdida de peso y talla; náusea, vómito, dolor, ardor, falta de apetito, fatiga, disnea, diarrea, etc.).

Cada vez que estas pacientes se enfrentan a un tratamiento experimentan diferentes niveles de ansiedad como producto de la evaluación de daño, pérdida, amenaza o peligro. Esta ansiedad se puede intensificar por la incertidumbre de los resultados, por la falta de información, por la indefensión en la que se encuentran, por la etapa de desarrollo que atraviesan.

Aún cuando no se tienen datos estadísticos sobre la prevalencia de ansiedad y depresión que presentan los pacientes con cáncer del Hospital Juárez de México; la literatura hace referencia que variables como el género femenino (Sehlen, Hollenhorst y Schymura, 2003; Karasawa, 2005), la falta de apoyo social para el

cuidado de los efectos secundarios ocasionados por la radioterapia (Kumiko, 2005); la intensidad y duración del tratamiento (Forester, Kornfeld y Fleiss, 1985) la falta de información, los conceptos erróneos y los malentendidos (Aass, Fossa y Dahl, 1997; Peck y Boland, 1977; Poroch, 1995) puede exacerbar en los pacientes ansiedad independientemente de variables como la nacionalidad, el nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad (Chaturvedi et al., 1996).

## **CAPÍTULO 3**

### **TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON CÁNCER**

#### **Terapia grupal**

La psicoterapia de grupo diseñada específicamente para personas con cáncer puede ser la mejor intervención psicosocial disponible para un gran número de pacientes. Es altamente efectiva en términos de brindar asistencia para mejorar la calidad de vida (humor, afrontamiento, distrés psicosocial y funcionamiento físico) e incrementar el conocimiento sobre la enfermedad y los tratamientos.

Comparado con la terapia individual, las intervenciones grupales tienen un menor costo y un mayor beneficio ya que facilita el apoyo entre los miembros del grupo, ayuda a reducir la percepción de soledad y favorece que se compartan estrategias de afrontamiento (Stearns et al. 1993; Posluszny y cols., 1998).

#### **Intervención grupal cognitivo-conductual**

Las intervenciones cognitivo conductuales se han establecido como tratamientos efectivos para un gran número de problemas psicológicos entre los que se encuentran el distrés relacionado con el cáncer y sus tratamientos (Fawzy, Fawzy, Arndt y Pasnau, 1995).

Además de efectiva, la terapia de grupo es eficiente en términos de costo-tiempo. La eficacia del tiempo es clara cuando hay que enseñar información específica o ayudar a desarrollar ciertas habilidades; y éstas pueden ser presentadas a un grupo dentro de un formato breve de tipo psicoeducativo. De acuerdo con Weisman, Worden y Sobel (1980) y Fawzy, Fawzy y Hyunn (1994) la mayoría de los estudios reportan haber aplicado terapia de grupo de corta duración (menor a 12 sesiones) utilizando un marco teórico cognitivo-conductual en combinación con psicoeducación, estrategias de afrontamiento y apoyo social y emocional.

Los grupos para los pacientes con cáncer basados en intervenciones psicosociales se pueden categorizar en: grupos de apoyo y grupos de psicoeducación. Los grupos de apoyo se centran en la expresión de las emociones y en la construcción del apoyo social, sus sesiones son abiertas y no son directivas (Spiegel, Bloom y Burnell, 1981).

Los grupos de psicoeducación son de corto tiempo, con sesiones estructuradas y los contenidos de las intervenciones están enfocados principalmente a:

1) Educación.- La principal meta de la educación es reducir o reemplazar el sentido de desesperanza e ineficacia ocasionado por la incertidumbre y la falta de conocimiento, por un sentido de control y dominio. Educar al paciente, implica proporcionarle información específica acerca de su padecimiento, tratamiento, cuidados; así como enseñarlo a que desarrolle habilidades que le permitan mejorar sus estrategias de afrontamiento. De acuerdo con Spira (1991) y Spira y Spiegel (1993) las aproximaciones de tipo informativo y educativo son más efectivas para mejorar el conocimiento médico y la adherencia (compliance) así como la adaptación funcional.

2) Afrontamiento.- Mediante el uso de técnicas cognitivo conductuales como reestructuración cognitiva, solución de problemas, manejo de estrés, entrenamiento en relajación, respiración profunda, meditación, retroalimentación biológica, se busca enseñar a los pacientes con cáncer a afrontar su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y los cambios que en su vida se presenten.

3) Apoyo emocional.- Establecer las condiciones necesarias para que los pacientes puedan ventilar los sentimientos y emociones que les genera el padecer cáncer y estar bajo los diferentes tratamientos; proporcionando validación y contención emocional.

4) Psicoterapia.- Es el método de mayor duración que tiene como objetivo disminuir el estrés y las alteraciones que se presentan en los pacientes tras el diagnóstico de cáncer y los tratamientos. El apoyo, la compasión y la empatía del terapeuta constituyen la piedra angular del éxito de la psicoterapia.

### **Objetivos de la intervención grupal**

El objetivo principal de la intervención grupal es facilitar la adaptación al hecho de estar viviendo con cáncer (Heinrich y Schag 1985; Telch y Telch 1986; Cunningham y Tocco 1989; Fawzy, Fawzy y Canada, 2001). Los objetivos hacia los que están dirigidos los grupos serán específicamente los que se consideren factores que deterioren la calidad de vida y la salud física de los pacientes. Los temas que generalmente se tratan dentro de un grupo de pacientes con cáncer son: comunicación con los médicos, relaciones sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo), afrontamiento ante los tratamientos y efectos de la enfermedad, adaptación para vivir con el diagnóstico de cáncer, aspectos existenciales como la posibilidad de morir, examinar prioridades y cambio de imagen (Spira, 1991; Spira y Spiegel, 1993).

De acuerdo con Holland (1982) las metas de estas intervenciones son: reducir los sentimientos de alienación de los pacientes mediante el contacto con otros en situación similar, disminuir la ansiedad ante los tratamientos, asistir a los pacientes para aclararles dudas y proporcionarles información, y reducir los sentimientos de soledad, indefensión y abandono.

### **Estudios realizados**

Los beneficios que obtienen los pacientes al recibir apoyo psicoterapéutico, apoyo educativo y de tener un espacio que permita aclarar dudas y expresar emociones están bien documentados.

Investigaciones hechas han demostrado que proporcionar una adecuada información así como el apoyo a los individuos que padecen cáncer es de gran importancia debido a que facilita su adaptación y el afrontamiento (Houts 1991; Fallowfield y Jenkins 1999). Los pacientes aprenden y comprenden más sobre la enfermedad y los tratamientos, aumentan su sentido de control, reducen sus miedos y los sentimientos de incertidumbre, reducen sus niveles de ansiedad y depresión y mejoran su comunicación con el personal de salud y su familia (Manfredi et al. 1993).

Forester, Kornfeld y Fleiss (1985) reportan que existen varios estudios en los que se ha demostrado que las intervenciones psicoterapéuticas mejoran la calidad de vida debido a que reducen los síntomas físicos y psicológicos. En 1978 diseñaron psicoterapia de grupo donde se proporcionaba apoyo y educación a los pacientes durante diez semanas. Los resultados arrojaron que los síntomas de distrés emocional y físico de los pacientes que estuvieron en el grupo se redujeron significativamente durante y después del tratamiento comparado con el grupo control. Los pacientes manifestaron que las sesiones fueron el medio que les facilitó afrontar sus emociones.

Uno de los programas de grupo de psicoeducación para pacientes con cáncer más conocido es el "I Can COPE" (ICC). En las evaluaciones realizadas al programa se ha observado: gran satisfacción de los participantes, un impacto favorable en sus niveles de ansiedad, así como un mayor conocimiento de la enfermedad y el significado que tiene para sus vidas (Johnson 1982; Dieckmann 1988; McMillan, Tittle y Hill, 1993).

En Australia existe el programa "The living with Cancer Education Programme (LWCEP) como resultado de la modificación del programa "I can COPE (ICC) autorizado por la Sociedad Americana de Cáncer. La filosofía de este programa es favorecer el empoderamiento y la comunicación como vías que permitan facilitar la

adaptación. El programa está diseñado para ayudar a los pacientes, familiares y amigos que se enfrentan ante el diagnóstico de cáncer, proporcionando el apoyo que pueda enseñarles como afrontar la enfermedad. Este programa proporciona información sobre: tipos de cáncer y sus tratamientos, afrontamiento ante los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de los tratamientos, respuestas personales y emocionales; y servicios de apoyo de la comunidad. Los participantes aprenden estrategias para mejorar la comunicación con el equipo de salud y con las personas significativas, a mejorar su autoestima y sus aspectos de intimidad, a desarrollar conductas de autocuidado como una dieta adecuada, entrenamiento en relajación y la práctica de ejercicio físico. El programa consiste en ocho sesiones una cada semana con duración de dos horas, conducido por dos facilitadores que han completado y acreditado el programa que imparte el Anticancer Council of Victoria (ACCV).

Particularmente en el caso de pacientes con cáncer que van a recibir radioterapia, ha sido muy útil proporcionar apoyo psicológico para disminuir los niveles de ansiedad que el tratamiento les provoca. Sehlen, Hollenhorst y Schymura (2003) reportaron que el 44% de los pacientes tratados con radioterapia habían presentado altos niveles de ansiedad y que podrían beneficiarse si se les proporcionara consejería.

Holland (1982) encontró que es muy importante la inducción que el equipo técnico puede proporcionar a los pacientes introduciéndolos al cuarto donde recibirán las radiaciones, mostrándoles los aparatos y explicándoles en qué consiste el tratamiento, finalizando con una sesión de preguntas y respuestas que permita aclarar todas las dudas. Los resultados arrojaron que las mujeres quienes recibieron este tipo de inducción y orientación fueron menos ansiosas en la primera sesión del tratamiento que el grupo control.

Cassileth, Volcoar y Goodman (1980) hallaron que la frecuencia de la ansiedad por la radioterapia es menor en los pacientes que ya han recibido este tratamiento

que en los pacientes que van a recibir radiaciones por primera vez. Sin embargo, independientemente de que ya se haya tenido un tratamiento de radioterapia o no, todos los pacientes desean más información.

Fawzy, Fawzy y Canada (2001) concluyeron que se debería de dar más información acerca de la radioterapia además de la que el radio-oncólogo proporciona, ya que cuando éste les explica a los pacientes presentan altos niveles de ansiedad. Se propone que se lleven a cabo programas de intervención psicológica dirigidos a los pacientes con alto riesgo de morbilidad originada por el tratamiento.

Para conocer las necesidades de una mayor preparación Rainey (1985) desarrollaron una intervención individual de tipo educativa que consistió en mostrar a los pacientes mediante una exposición de diapositivas el lugar, los aparatos y el procedimiento. Además se incluía información sobre lo que el paciente podría ver, escuchar y sentir; y se aclararon todas aquellas concepciones equivocadas sobre el tratamiento. Encontraron que los pacientes que habían recibido la intervención educativa mostraron menos ansiedad en la primera y la última sesión de su tratamiento y mayor conocimiento en relación con el mismo; a diferencia de aquellos que sólo recibieron información mediante un folleto.

Strohl (1988) comenta que debido a que los pacientes presentan ansiedad cuando reciben su primera sesión de radioterapia y por esta razón no recuerdan toda la información que el radio-oncólogo les proporcionó. Las enfermeras tienen cada sesión para ampliar la información que el médico dio a los pacientes, haciendo especial énfasis en el manejo de los efectos secundarios específicos del sitio que esté siendo radiado; teniendo como resultado un sentido de control y mayor probabilidad de adherencia.

De acuerdo con Anderson y Tewfik (1985) los pacientes que van a recibir radioterapia desean que se les proporcione: orientación por el radio-oncólogo, o

que las enfermeras amplíen la información mediante sesiones con videos, grabaciones o diapositivas que incluyan un tiempo para preguntas y respuestas, técnicas de relajación e imaginación, recibir preparación para las preocupaciones que surgen después del tratamiento y oportunidad para estar en contacto con el equipo de salud cuando el tratamiento ha finalizado.

Moorey y Creer (1989) han utilizado la frase Terapia Psicológica Adyuvante (APT) para describir la terapia cognitivo-conductual que tiene como premisa que el estrés emocional de los pacientes está mediado por las interpretaciones y las evaluaciones que el paciente realice sobre su enfermedad. La estructura y contenido de la terapia se deriva del modelo cognitivo de Beck. La terapia está orientada al problema, se asignan tareas para casa para reestructurar pensamientos irracionales y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento. Tiene como objetivos reducir ansiedad y depresión, inducir un espíritu de lucha, promover en los pacientes el sentido de autonomía y desarrollar estrategias de afrontamiento acordes a los problemas relacionados con el cáncer.

Gruber et al. (1993) asignaron de forma aleatoria a un grupo experimental y un grupo control a pacientes con cáncer de mama para que recibieran entrenamiento en relajación, imaginación guiada, retroalimentación biológica y ningún tratamiento. Los resultados mostraron reducción en los niveles de ansiedad, los cambios se observaron poco tiempo después de haber dado inicio la intervención.

Decaer, Cline-Elsen y Gallagher (1992) estudiaron el impacto de la reducción de estrés mediante entrenamiento en relajación e imaginación en 63 pacientes a quien se les aplicó radioterapia. Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo control y un grupo experimental que recibió entrenamiento en relajación progresiva, respiración profunda, educación y consejería. Los resultados sugieren que el entrenamiento en relajación mejora sustancialmente varios de los parámetros psicológicos que mejoran la calidad de vida de los pacientes.

# **INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE RECIBEN RADIOTERAPIA**

## **Propósito del estudio:**

- Determinar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia.

## **Objetivos específicos:**

- Desarrollar y aplicar una intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia.
- Examinar el efecto de la intervención grupal cognitivo-conductual sobre la variable psicológica de depresión.
- Examinar la utilidad clínica de proporcionar atención psicológica grupal a las pacientes con cáncer de mama que reciben radioterapia.

## **- Hipótesis**

Hi: La intervención grupal cognitivo-conductual favorece la disminución de la ansiedad que presentan las pacientes con cáncer de mama que reciben radioterapia.

## JUSTIFICACIÓN

El impacto psicológico que vive una mujer con cáncer de mama no sólo se debe al padecimiento de la enfermedad, sino a la experiencia traumática ocasionada por los tratamientos (cirugía, quimioterapia y radioterapia) y los efectos secundarios que éstos producen. El deterioro del bienestar físico y psicológico de las mujeres con cáncer de mama se refleja en un detrimento en su calidad de vida. Sin embargo, investigaciones realizadas han demostrado que proporcionar una adecuada información así como el apoyo psicológico a los individuos que padecen cáncer es de gran importancia debido a que facilita su adaptación y el afrontamiento (Houts 1991; Hardwick y Lawson 1995; Harris 1998; Fallowfield y Jenkins 1999).

Durante las últimas dos décadas, la población femenina que padece cáncer en nuestro país se ha incrementado hasta alcanzar en el año 2001 más del 65% de la población total que padece algún tipo de neoplasia. Las mujeres que se encuentran en las etapas consideradas como productiva y productiva alta son las más afectadas por este padecimiento. De acuerdo con los datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) en el año 2001 el cáncer de mama ocupó el segundo lugar de mortalidad afectando a mujeres de 15 a 44 años; y en primer lugar a las mujeres de 45 a 64 años.

En el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México durante el periodo de enero de 2002 a diciembre de 2004 del total de población que recibió radioterapia el 71.3% fue población femenina. El 80% se encontraba en un rango de edad 31 a 70 años y el 32% corresponde a mujeres con cáncer de mama. La prevalencia de ansiedad que presentan las mujeres con este padecimiento es más alto que en otro tipo de neoplasias. Por ello, es importante diseñar y aplicar tratamientos psicológicos dirigidos a disminuir los niveles de ansiedad que presentan las pacientes que reciben radioterapia, así como evaluar su eficacia.

## **MÉTODO**

### **Escenario:**

Hospital Juárez de México, SSA, Servicio de Oncología

### **Participantes:**

La muestra se integró por 7 mujeres con cáncer de mama que asistieron al Hospital Juárez de México en el Servicio de Oncología para recibir de 25 a 30 sesiones de radiación; y participaron en el tratamiento grupal cognitivo conductual todos los miércoles en una sesión de dos horas durante 5 semanas en un horario de 15 a 17 horas.

### **Tipo de muestra**

No probabilística, propositiva (intencional).

### **Criterios de inclusión:**

- ◆ Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que únicamente vayan a recibir radioterapia como tratamiento adyuvante o paliativo.
- ◆ Rango de edad de 25 a 65 años.
- ◆ Karnofsky igual o mayor a 60 puntos.
- ◆ Sepan leer y escribir.
- ◆ Que presenten ansiedad en grado leve y moderado de acuerdo con los resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- ◆ No padecer otra enfermedad física.
- ◆ No estar tomando fármacos psicotrópicos.

### **Criterios de exclusión:**

- ◆ Mujeres con cáncer de mama que vayan a recibir quimioterapia y radioterapia al mismo tiempo.
- ◆ Pacientes menores de 25 años y mayores de 65 años.
- ◆ Karnofsky igual o menor a 50 puntos.
- ◆ No sepan leer y escribir.
- ◆ Que no presenten ansiedad o presenten ansiedad en grado severo de acuerdo con los resultados de aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).
- ◆ Presentar además de cáncer otra enfermedad física.
- ◆ Estar bajo tratamiento de fármacos psicotrópicos.

### **Materiales e instrumentos:**

Formato de ficha de identificación.

Consentimiento informado.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Tríptico de información sobre radioterapia.

Formato de auto-registro de ejercicios de relajación.

Formato de auto-registro de efectos secundarios de la radioterapia

Pizarrón, gises de colores, borrador, lápices, aula de enseñanza, sillas.

### **Definición y medición de variables:**

**Variables atributivas:** Sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, lugar de origen y residencia, religión. Recolectadas mediante una ficha de identificación realizada previa a la intervención (Anexo 2)

**Variables Médicas:** Diagnóstico médico, tratamientos médicos que ha recibido, número de radiaciones que recibirá. Datos obtenidos de expediente médico.

**Variable Independiente: Intervención grupal cognitivo-conductual-** Intervención grupal de cinco sesiones de 120 minutos, una vez por semana para la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales (psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática y reestructuración cognitiva).

**Variable Dependiente: Ansiedad:** Se define como la anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimiento de inquietud o síntomas somáticos de tensión. El foco de daño anticipado puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994). Se evaluó utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) versión mexicana (Robles, Varela, Jurado y Paez, 2000). Es una escala de auto aplicación que permite evaluar sintomatología ansiosa que presentan las personas; fue desarrollada por Beck en 1988 para conocer específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad de una persona (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). El BAI consta de veintiún reactivos cada uno de los cuales se califican en una escala tipo Likert de cuatro puntos, en donde 0 significa “nada”; hasta 3 que significa “severamente” de los síntomas en cuestión (Anexo 3).

De acuerdo con las normas de calificación del Inventario de Ansiedad de Beck en población mexicana, el nivel de ansiedad de las participantes se obtuvo por la suma de las puntuaciones obtenidas como resultado de la aplicación del instrumento. (Tabla 1)

**Tabla 1. Normas de calificación del Inventario de Ansiedad de Beck en población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Paez, 2000)**

Nivel de Ansiedad	Puntaje Crudo	Rango Percentilar
Mínima	0 - 5	1 – 10
Leve	6 – 15	25 – 50
Moderada	16 – 30	75 – 90
Severa	31 – 63	95 - 99

La versión mexicana del BAI cuenta con un coeficiente de consistencia interna *alfa de .83* en adultos y confiabilidad Test Retest ( $r=.75$ ).

**Depresión.-** Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación complementada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).

La sintomatología depresiva se evaluó mediante la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) (Anexo 4).

El Inventario de Depresión de Beck (1961) se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma.

Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor. (tabla 2)

Tabla 2. Síntomas afectivo-cognitivos y vegetativo-somáticos del Inventario de Depresión de Beck (Del Castillo, 2005)

1. ánimo	8. auto-acusación	15. rendimiento laboral
2. pesimismo	9. ideación suicida	16. trastornos sueño
3. sensación de fracaso	10. llanto	17. fatigabilidad
4. insatisfacción	11. irritabilidad	18. apetito
5. sentimientos de culpa	12. aislamiento	19. pérdida de peso
6. sensación de castigo	13. indecisión	20. preocupación somática
7. auto-aceptación	14. imagen corporal	21. pérdida de libido

Las normas de calificación del BDI en México se presentan a continuación:

<i>Nivel de Depresión</i>	<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Rango Percentilar</i>	
		<i>Población General</i>	<i>Población Estudiantil</i>
Mínima	0 a 9	4-61	5-59
Leve	10 a 16	66-81	64-86
Moderada	17 a 29	83-96	88-97
Severa	30 a 63	97-99	98-99

Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, además el instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

### **Tipo de estudio y diseño experimental:**

Cuasi experimental con un diseño de medidas repetidas para dos grupos consecutivos.

### **Procedimiento:**

Se formaron dos grupos consecutivos de pacientes con cáncer de mama (grupo uno n=3; grupo dos n=4), el primero en el mes de enero y el segundo en el mes de febrero. Las pacientes fueron remitidas por el médico especialista en radioterapia oncológica del Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México. Se realizó la selección de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Quienes cubrían con ellos se les explicó en qué consistía el tratamiento psicológico y se les hizo la invitación a participar, para quienes aceptaron se les aplicó: 1) ficha de identificación donde se registraban los datos sociodemográficos y antecedentes de importancia del paciente (ver anexo 1) y 2) cuestionarios de

ansiedad y depresión de Beck (Anexos 3 y 4).; firmaron el consentimiento informado (ver anexo 5 ) y se les dio cita para que asistieran al aula de enseñanza del servicio de oncología el miércoles a las 15 horas.

Los inventarios de ansiedad y depresión fueron aplicados pretest (antes de iniciar la primera sesión) y posttest (al finalizar la quinta sesión). Los formatos de autorregistro se aplicaron diariamente durante las semanas en que se fue trabajando con los temas.

Se solicitó al personal radiotécnico su colaboración para que el día que acudían las pacientes a la terapia grupal pudieran recibir las radiaciones antes de la sesión de psicoterapia.

## **Intervención**

Consistió en un programa breve basado en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual; aplicado en cinco sesiones con duración de dos horas cada una, programadas una vez por semana (miércoles) para completar la intervención en cinco semanas conjuntamente con la finalización de su tratamiento de radiaciones.

Objetivos de cada sesión:

- ◆ **Sesión 1-** Integrar al grupo, explorar nivel de conocimiento y proporcionar información sobre cáncer, radioterapia y cuidados; aclarar dudas y resaltar la importancia de realizar autorregistros.
- ◆ **Sesión 2-** Dar a conocer el modelo ABC enfatizando en las consecuencias fisiológicas de la ansiedad. Proporcionar entrenamiento en relajación utilizando el modelado en respiración diafragmática; promover la práctica diaria de la técnica enfatizando las ventajas fisiológicas que tiene su uso.

- ◆ **Sesión 3-** Utilizar los pensamientos generadores de ansiedad que las participantes manifestaron en la entrevista inicial así como incitar a las participantes para que identifiquen y manifiesten mediante el modelo ABC los pensamientos que se generan al saber que van a recibir radioterapia y cuando la están recibiendo.
- ◆ **Sesión 4-** Trabajar reestructuración cognitiva de los pensamientos generadores de ansiedad ante la radioterapia utilizando el debate empírico. Enfatizar que la ansiedad que presentan también puede disminuir al trabajar con sus pensamientos.
- ◆ **Sesión 5-** Impulsar la participación de las pacientes para que expresen si el asistir al grupo y adquirir herramientas (conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento, respiración diafragmática y reestructuración de pensamiento) ha tenido algún impacto para su bienestar.

### **Componentes Terapéuticos:**

1. *Psicoeducación.*- Se indagaron las concepciones que tenían las pacientes sobre el cáncer y radioterapia. Se les dio a conocer qué es el cáncer, cuáles son los tratamientos contra el cáncer, qué es la radioterapia, qué tienen que hacer mientras les aplican la radioterapia, qué van a sentir durante las radiaciones, cuáles son los efectos secundarios que se pueden presentar y cuáles son los cuidados generales que deben tener. La información anterior se reforzó entregándoles un tríptico titulado "Radioterapia. Información General". Se les explicó el llenado de los formatos de autorregistro (efectos secundarios de la radioterapia, ejercicio de relajación). Exposición y explicación del modelo cognitivo "ABC" aplicado particularmente a la ansiedad.

2. *Entrenamiento en Respiración Diafragmática.*- A partir de la exposición didáctica del modelo cognitivo "ABC" y de los síntomas de

ansiedad que presentaron las pacientes como resultado de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); se expuso la importancia que tiene el contar con una herramienta que permita disminuir o eliminar todos o algunos de los síntomas fisiológicos de ansiedad ocasionados como resultado de la exposición diaria ante un evento estresante (sesión de radioterapia y efectos secundarios). Se mostró a las participantes mediante modelamiento del terapeuta la forma correcta e incorrecta de realizar la respiración profunda. A continuación se les dijo que sentadas realizaran el ejercicio durante tres minutos y que trataran de hacerlo adecuadamente. Se indicó a las pacientes que realizaran el ejercicio antes mencionado diariamente por la mañana, tarde y noche con una duración de 3 a 4 minutos en cada ocasión y que utilizaran los formatos antes mencionados para llevar un registro.

3. *Reestructuración cognitiva.*- Tomando el modelo cognitivo “ABC” de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) de Beck y de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis y con la participación de las pacientes se utilizó el pizarrón para ejemplificar aquellas situaciones que de la radioterapia fueran activadoras de ansiedad, especificando las consecuencias fisiológicas e identificando los pensamientos automáticos para someterlos a un debate empírico.

4. Expresión de emociones, compartir experiencias y aclaración de dudas.

## RESULTADOS

**TABLA 1**

<i>Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama que participaron en intervención grupal cognitivo-conductual.</i>						
PAC	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	LUGAR DE RESIDENCIA
1	44	PRIMARIA	HOGAR	CASADA	CATÓLICA	EDO. MEXICO
2	64	LICENCIATURA	HOGAR	CASADA	CATÓLICA	DISTRITO FEDERAL
3	48	PRIMARIA	HOGAR	CASADA	CATOLICA	EDO. MEXICO
4	47	PRIMARIA	HOGAR	CASADA	CATOLICA	EDO. MEXICO
5	43	PRIMARIA	HOGAR	CASADA	CATOLICA	EDO. MEXICO
6	28	PRIMARIA	HOGAR	CASADA	CATOLICA	EDO. MEXICO
7	37	PRIMARIA	HOGAR	DIVORCIADA	CATOLICA	EDO. MEXICO

El rango de edad de las participantes fue de 28 a 65 años con una media de 44 años. El 86% estudió primaria y sólo 14% estudió licenciatura. El 100% de las participantes eran amas de casa y su religión es católica. Seis eran casadas y una divorciada. El 86% de las participantes reside en el Estado de México y sólo el 14% reside en el Distrito Federal.

La tabla 2 muestra los pensamientos automáticos que manifestaron las participantes antes de iniciar su tratamiento de radioterapia y la intervención grupal cognitivo-conductual.

**TABLA 2**

***Pensamientos automáticos que manifestaron las participantes sobre la radioterapia.***

1. ¿Qué me van a hacer?
2. Voy a acabar bien quemada.
3. ¿Cómo será?
4. ¿Me va a doler?
5. Se me va a quemar mi piel.
6. ¿Podré aguantar el tratamiento?
7. ¿Me iré a sentir muy mal?
8. Que la quemadura que me den, sea soportable.
9. Una etapa más que es soportable.

Los pensamientos 2, 5 y 7 reflejan que las pacientes dan por hecho que la radioterapia les va a quemar la piel. Los pensamientos 1, 3 y 4 reflejan la falta de conocimiento que tienen sobre su tratamiento. Los pensamientos 6 y 7 hacen referencia a la incertidumbre de saber si podrán concluirlo.

Para calcular la significancia estadística de los efectos de la intervención a través del cambio pre-post en los puntajes totales de las medidas empleadas se utilizó la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para grupos correlacionados. Esta prueba es útil para evaluar la diferencia en la magnitud y la dirección en un diseño de medidas repetidas (pretest – postest), donde cada participante es su propio control.

Los valores obtenidos en la aplicación (pretest-postest) del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) están reflejados en la tabla 3; en ella se puede observar que en todas las participantes hubo una disminución en los puntajes de la variable medida así como el que todos los valores de la diferencia tienen signo positivo.

**TABLA 3**

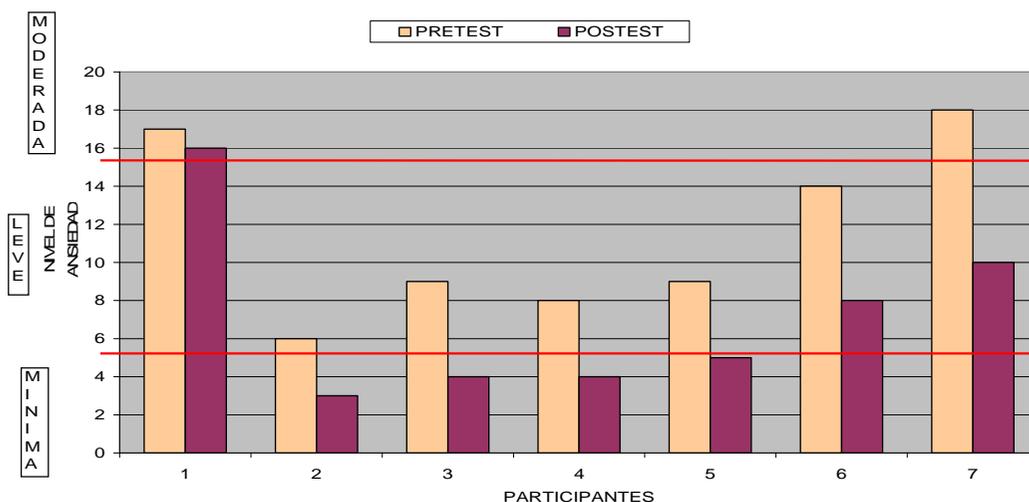
**Valores de aplicación de ansiedad (pretest-posttest), diferencias y valores de diferencias de acuerdo a su signo.**

Participante	Ansiedad		Diferencia	Rango de la diferencia	Rango de la diferencia con signo	Suma de Rangos positivos	Suma de Rangos negativos
	Pretest	Postest					
1	17	16	1	1	1	1	
2	6	3	3	2	2	2	
3	9	4	5	5	5	5	
4	8	4	4	3.5	3.5	3.5	
5	9	5	4	3.5	3.5	3.5	
6	14	8	6	6	6	6	
7	18	10	8	7	7	7	
				28		28	0

Los resultados nos muestran una T obtenida con valor de 0 debido a que no existe diferencia alguna con signo negativo. Este valor resulta estadísticamente significativo con una probabilidad de  $p < 0.05$  de una cola de acuerdo con el resultado de la prueba de pares igualados de Wilcoxon.

**FIGURA 1**

**Cambios en los niveles de ansiedad  
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**



La figura 1 refleja gráficamente las puntuaciones obtenidas de cada participante, así como la diferencia que presentaron tanto en la calificación (pretest-postest) como en el nivel de ansiedad.

Como se aprecia el 100% de las participantes presentó una disminución en sus puntuaciones. En la aplicación pretest el 71% presentó ansiedad leve y el 29% presentó ansiedad moderada. En el 71% la disminución de la puntuación también refleja una disminución en el nivel de ansiedad postest, sólo en el 29% la reducción en el puntaje no fue suficiente para disminuir el nivel de ansiedad.

La tabla 4 refleja los valores obtenidos en la aplicación (pretest-postest) del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

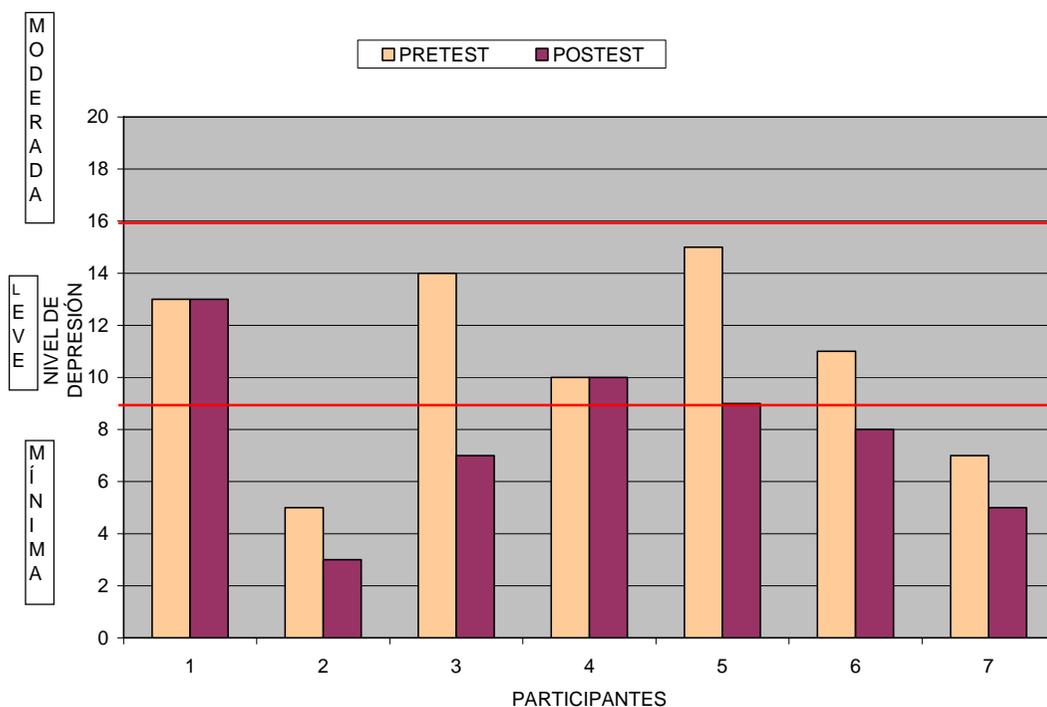
**TABLA 4**

<i>Valores de Aplicación de depresión (pretest-postest), diferencias y valores de diferencias de acuerdo a su signo.</i>							
Participante	Depresión		Diferencia	Rango de la diferencia	Rango de la diferencia con signo	Suma de Rangos positivos	Suma de Rangos negativos
	Pretest	Postest					
1	13	13	0	-----	-----	-----	
2	5	3	2	1.5	1.5	1.5	
3	14	7	7	5	5	5	
4	10	10	0	-----	-----	-----	
5	15	9	6	4	4	4	
6	11	8	3	3	3	3	
7	7	5	2	1.5	1.5	1.5	
						15	0

En el 71% de las participantes se presentó una disminución en los puntajes lo que refleja un valor con signo positivo y en el 29% no se presentó ningún cambio.

Los resultados reflejan una T obtenida con valor de 0 debido a que no existe diferencia alguna con signo negativo. Este valor resulta estadísticamente significativo con una probabilidad de  $p < 0.05$  de una cola de acuerdo con el resultado de la prueba de pares igualados de Wilcoxon.

**FIGURA 2**  
**Cambios en los niveles de depresión**  
**Inventario de Depresión de Beck (BDI)**



La figura 2 refleja gráficamente las puntuaciones obtenidas de cada participante, así como la diferencia que presentaron tanto en la calificación (pretest-postest) como en el nivel de depresión..

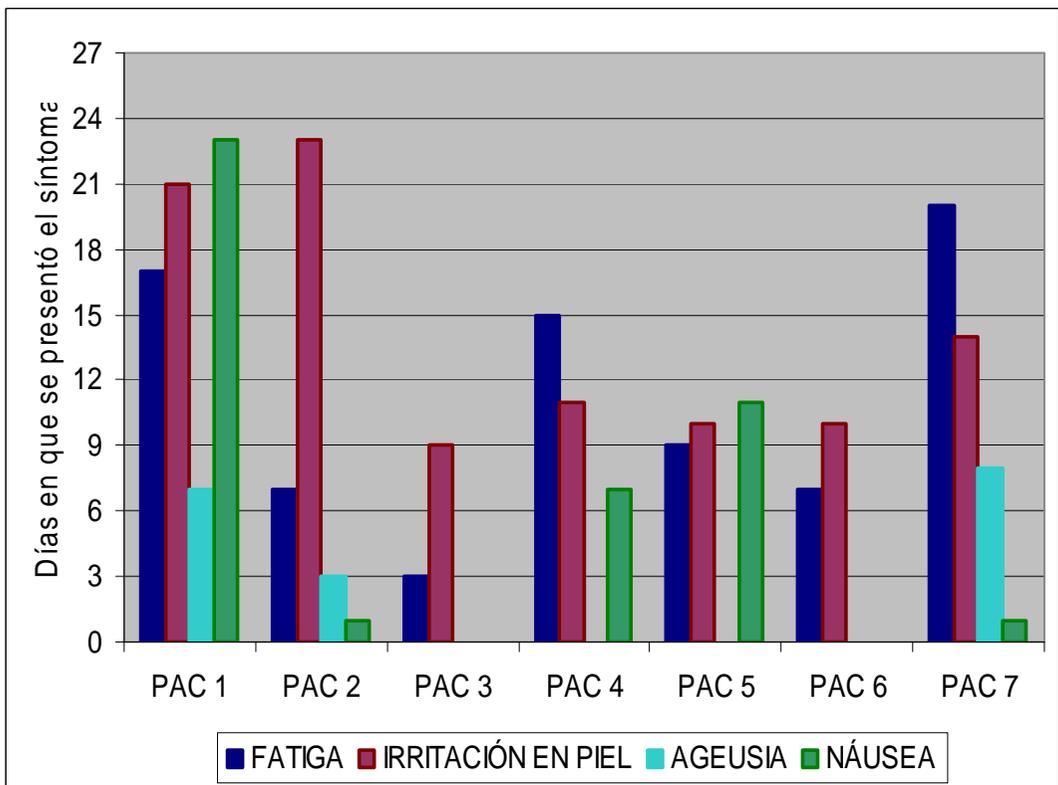
Como se puede observar el 71% presentó depresión leve y el 29% presentó depresión mínima. El 43% tenía nivel leve de depresión antes de iniciar el tratamiento y finalizó con un nivel mínimo. El 28.5% de las participantes inició y

finalizó el tratamiento con un nivel de depresión leve; y el mismo porcentaje de pacientes no presentó cambio en ninguna de las dos aplicaciones del inventario.

En la figura 3 se muestran los efectos secundarios más frecuentes que presentaron las participantes y la frecuencia con la que los experimentaron durante su tratamiento de radioterapia.

**FIGURA 3**

*Efectos secundarios de la radioterapia y frecuencia en la que se presentaron en cada paciente durante su tratamiento*

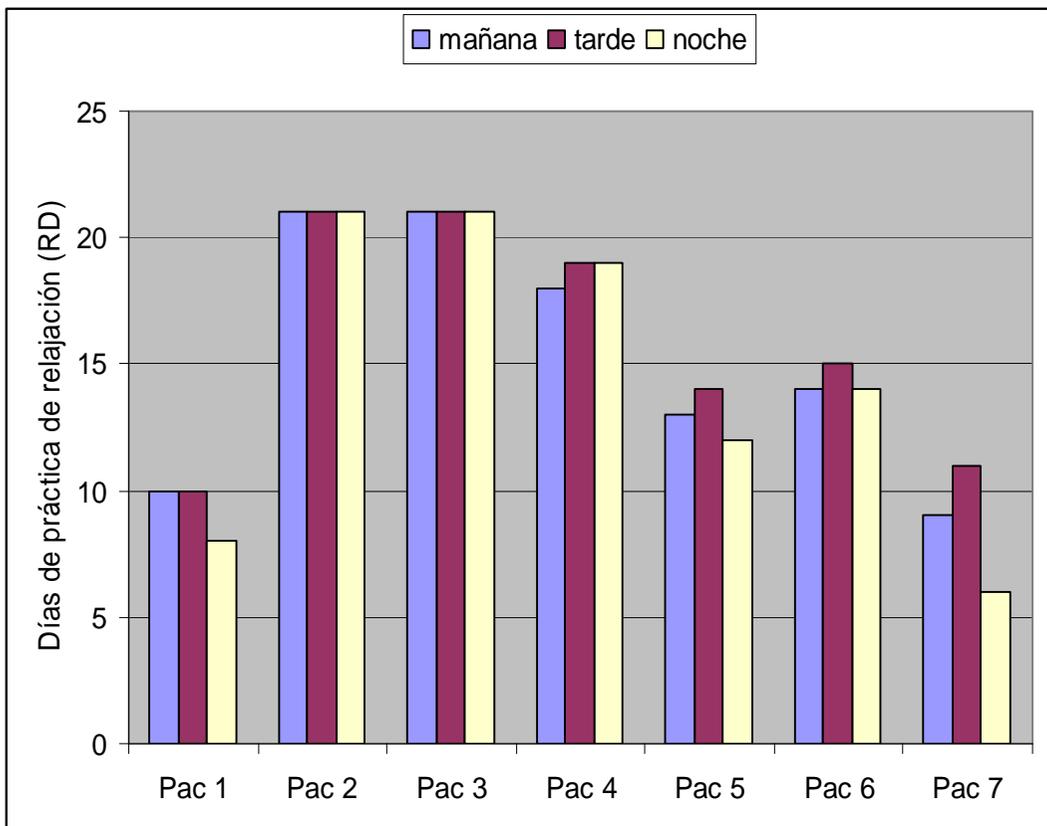


El 100% de las participantes presentaron fatiga e irritación en la piel (parte radiada). El 43% reportó experimentar fatiga con un rango de frecuencia de 15 a 20 días de los veinticinco que duró el tratamiento, el 57% sólo lo experimentó en

un rango de 3 a 9 días. El 43% reportó irritación en la piel en un rango de 14 a 23 días, lo que representa entre un 56 a un 92% del total de días que recibieron la radiación; el 57% restante experimentó el síntoma en un rango de 9 a 11 días lo que constituye entre un 36 a un 44% del total de días de tratamiento. El 14% presentó náusea durante 23 días, 57% lo presentó menos de la mitad del tiempo y 28% no presentó el síntoma. El 43% presentó ageusia (pérdida del sabor) menos de la mitad del tiempo y 57% no reportó el síntoma.

**FIGURA 4**

*Frecuencia de la realización de ejercicio de relajación (respiración diafragmática(Rd) por paciente*



La figura 4 muestra la frecuencia con la que las participantes realizaron el ejercicio de relajación (respiración diafragmática RD) durante un periodo de veintiocho días. El 100% de las participantes realizaron el ejercicio; el 71% lo hizo

tres veces al día durante 14 días o más, y sólo el 29% lo llevó a cabo dentro de un rango de frecuencia de seis a once días, lo que corresponde a un rango del 21 al 39% del total de días indicado.

**TABLA 5**

***Pensamientos que manifestaron las participantes sobre su experiencia al asistir a tratamiento psicológico mientras recibían radioterapia.***

1. Me di cuenta que no soy la única que está viviendo esta situación.
2. Aclaré dudas que tenía sobre la enfermedad y el tratamiento.
3. Disminuyeron los miedos que tenía.
4. Lo que las psicólogas nos orientan y nos enseñan, nos sirve para que podamos controlar nuestra desesperación por todas las vivencias que uno experimenta con esta enfermedad.
5. Creo que todos los pacientes necesitan de estas orientaciones, para que sea más fácil la recuperación o más llevadera.
6. Con la ayuda de ustedes conocemos cómo controlar nuestras emociones para evitar esos miedos que llevamos por dentro.
7. Felicidades por el trabajo profesional que ejercen.
8. Ojalá esta ayuda sea por mucho tiempo para el bien de todos los enfermos.

La tabla 5 refleja los pensamientos que las participantes manifestaron en la última sesión acerca de su experiencia dentro del grupo y la utilidad de haber asistido al tratamiento psicológico mientras recibían la radioterapia.

## DISCUSIÓN

Frecuentemente los pacientes con cáncer reciben más de un tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia). El impacto psicológico no sólo se debe al padecimiento de la enfermedad, sino a la experiencia traumática ocasionada por los tratamientos y los efectos secundarios de los mismos.

El propósito del presente estudio consistió en determinar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia en el Hospital Juárez de México. Uno de los objetivos específicos de esta investigación fue desarrollar y aplicar la intervención grupal cognitivo-conductual. A partir de los resultados obtenidos se considera lo siguiente:

La lista de pensamientos automáticos que las pacientes manifestaron durante la entrevista cuyas características reflejan incertidumbre, indefensión y falta de información ante el tratamiento, confirma que la radioterapia, las condiciones en que se tiene que realizar y los efectos secundarios que produce el tratamiento constituyen una situación estresante que genera ansiedad. Las puntuaciones obtenidas en la aplicación pretest del inventario de ansiedad de Beck permitió conocer de manera objetiva los niveles de ansiedad que presentaban las pacientes antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico grupal. De acuerdo con Beck (1979) en la ansiedad también existe una “triada ansiogénica” que hace énfasis en que los pensamientos automáticos contienen aquellos pensamientos o imágenes que resaltan el carácter amenazante del entorno y la falta de autoeficacia percibida.

La intervención grupal cognitivo-conductual empleada mostró efectividad para disminuir la ansiedad que presentan las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia. Todas las pacientes mostraron disminución en los puntajes de ansiedad y en seis de ellas la puntuación final representó una disminución de un 43 a un 50% con respecto al valor inicial. La significancia estadística que

mostraron los resultados en las mediciones pretest y posttest del inventario de ansiedad reflejan la utilidad de haber empleado durante el tratamiento psicológico los componentes terapéuticos de psicoeducación, reestructuración cognitiva, ejercicios de relajación y expresión de emociones para lograr disminuir la ansiedad aún y cuando los efectos secundarios que experimentaban las pacientes por el tratamiento de radioterapia aumentaron en intensidad conforme iban avanzando los días. Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) propusieron que el tratamiento de los problemas de ansiedad esté basado en el “empirismo colaborativo”, lo que significa considerar el proceso terapéutico como un trabajo de equipo entre el paciente y el terapeuta cuyo objetivo fundamental es enseñar a los pacientes a identificar y modificar aquellos pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y esquemas que son la base de percepciones inadecuadas de amenaza, así como de las conductas y emociones asociadas a las mismas.

Para lograr una reestructuración cognitiva en las pacientes se utilizó la psicoeducación cuyos objetivos fueron: primero, modificar el conocimiento erróneo o distorsionado que las pacientes tenían sobre su enfermedad y la radioterapia, y; segundo, promover la adherencia al tratamiento tanto médico como psicológico. Ambos objetivos se lograron, la sesión grupal favoreció que las pacientes expresaran los conocimientos que tenían sobre su enfermedad y la radioterapia, y el recibir información por parte del terapeuta les ayudó a aclarar conceptos erróneos y a comprender la importancia que tenía para su salud el recibir el tratamiento completo. Se logró la adherencia tanto al tratamiento médico como al psicológico, las siete pacientes asistieron a todas las sesiones de radioterapia, así como a las sesiones psicoterapéuticas. El explicar y demostrar el ABC de la ansiedad utilizando como ejemplos los pensamientos que manifestaron las pacientes, así como promoviendo que expresaran los pensamientos que surgían cuando estaban recibiendo la radiación tuvo como objetivo favorecer en las participantes la habilidad para la detección de pensamientos automáticos; así mismo se buscó demostrar su racionalidad o irracionalidad mediante la comprobación empírica y demostrarles que aunque el hecho de estar recibiendo la

radioterapia era una situación real que generaba ansiedad, existían algunas creencias que favorecían que ésta se incrementara, y que si sus pensamientos se modificaban podrían lograr que su ansiedad disminuyera. Aunque no existen elementos cuantitativos de cada paciente que nos permita constatar que adquirieron esta habilidad, se tiene el correlato subjetivo de los pensamientos que externaron las pacientes acerca de la utilidad de haber participado en el grupo, compartiendo las experiencias propias y escuchando las de sus compañeras. Beck considera técnicas cognitivas a todos aquellos procedimientos que permiten aproximarse a la organización cognitiva del paciente. Por consiguiente, las explicaciones sobre la relación entre cognición, emoción y conducta, así como la explicación sobre la naturaleza de la ansiedad, son por sí mismas técnicas cognitivas, puesto que la nueva información suministrada puede ayudar al paciente a modificar creencias o supuestos erróneos sobre la naturaleza de su problema y su percepción amenazante de determinadas situaciones en función de los síntomas que experimenta ante ellos.

Dentro del componente de técnicas de relajación se enfatizó en la utilidad de contar con una herramienta que permitiera disminuir o eliminar todos o algunos de los síntomas fisiológicos de ansiedad ocasionados como resultado de la exposición diaria ante un evento estresante (sesión de radioterapia y efectos secundarios). La respiración diafragmática, no sólo ofreció ventajas terapéuticas como fueron su bajo costo, su facilidad para el aprendizaje y una rápida aceptación de las pacientes, sino que favoreció la práctica de la autoobservación, y, finalmente, la disminución de la activación de su sistema nervioso simpático les permitió llegar a tener control sobre los síntomas somáticos que experimentaron, dando como resultado un incremento en su sentido de autoeficacia. La técnica contribuyó a lograr el objetivo principal de la investigación, los registros muestran que todas las pacientes que practicaron el ejercicio de respiración diafragmática durante once días o más, presentaron una puntuación de ansiedad final del 43 al 50% menor que el puntaje inicial. Luebert et al., (2001) considera que es posible asumir que la relajación durante el curso de los tratamientos contra el cáncer hace

que la experiencia sea menos estresante y efectivamente reduzca los efectos secundarios (náusea, vómito, ansiedad). La relajación es una habilidad que los pacientes pueden aprender fácilmente y les genera un sentido de control sobre sus problemas (Redd y cols., 1981).

Otro de los objetivos del estudio fue examinar el efecto de la intervención grupal cognitivo-conductual sobre la variable psicológica de depresión. Las mujeres con cáncer de mama son pacientes que de manera continua reciben diversos tratamientos, lo que ocasiona múltiples cambios en su imagen corporal (mutilación, cicatrices, pérdida de cabello, cambio de coloración en la piel, pérdida de peso, enrojecimiento o quemaduras en la piel) viéndose reflejado en síntomas depresivos. En el caso de las pacientes que participaron en la intervención grupal nuevamente vivieron el hecho de que su cuerpo tuviera cambios debido al tratamiento; todas las pacientes reportaron en los registros de autocontrol irritación en la piel conforme fueron pasando los días, inclusive algunas de ellas reportaron tener radiodermatitis (quemadura de la piel por la radiación). Aunque el tratamiento se enfocó a tratar los síntomas de ansiedad, éste puede haber contribuido a modificar los niveles de depresión que presentaban las pacientes. En términos generales la intervención empleada mostró tener cierto efecto en los puntajes de depresión que presentaron. Esto se puede deber a que los principios teóricos para trabajar con la depresión son los mismos (psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación). Aunque no en todas las pacientes se presentó disminución y en algunas no hubo cambio; en ninguna paciente se observó un incremento. Los resultados obtenidos en la aplicación pretest-postest son significativos estadísticamente.

El último objetivo específico de esta investigación fue examinar la utilidad clínica de proporcionar atención psicológica grupal a los pacientes con cáncer de mama que reciben radioterapia. La intervención grupal cognitivo-conductual empleada en la presente investigación contribuyó a propiciar cambios importantes en las pacientes. Los pensamientos que expresaron durante la última sesión

confirma que las participantes consideran que recibir el apoyo psicológico les fue de gran utilidad ya que les permitió aclarar dudas sobre su enfermedad y el tratamiento, manejar mejor sus emociones, disminuir sus miedos y modificar su percepción respecto a su situación personal con la enfermedad al darse cuenta que existen otras personas que están viviendo una experiencia similar. Estos resultados coinciden con los de otras intervenciones grupales cognitivo-conductuales: Spira (1991) y Spira y Spiegel (1993) encontraron que las aproximaciones de tipo informativo y educativo son más efectivas para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, los tratamientos médicos y la adherencia (compliance) así como la adaptación funcional.

La reducción en los niveles de ansiedad y el reporte subjetivo de bienestar que realizaron las pacientes es un parámetro que permite confirmar que la intervención grupal cognitivo-conductual empleada en la presente investigación fue útil para mejorar la calidad de vida de las participantes al reducir los síntomas físicos y psicológicos de ansiedad que presentaban. De acuerdo con Heinrich y Schag (1985); Telch y Telch (1986); Cunningham y Toccom (1989); Fawzy, Fawzy y Canada., (2001) las intervenciones grupales psicoterapéuticas tendrán como objetivo estar dirigidas a tratar aquellos factores que deterioren la calidad de vida de los pacientes. Así mismo se ha reportado en varios estudios que las intervenciones psicoterapéuticas mejoran la calidad de vida al reducir los síntomas psicológicos y físicos. (Forester, Kornfeld y Fleiss., 1985).

El haber aplicado la intervención a nivel grupal durante cinco semanas tiempo que duró su tratamiento de radioterapia fue útil en términos de costo-tiempo tanto para el paciente como para la institución. Debido a que las pacientes tenían que acudir diariamente al hospital para recibir las radiaciones el asistir una vez a la semana a su terapia grupal no representó más gasto económico. Para la institución en términos de costo representó un beneficio ya que ninguna de las pacientes dejó de asistir a su tratamiento.

La eficacia del tiempo radicó en poder brindar información y ayuda a un número mayor de personas dentro de un formato de intervención breve cognitivo-conductual de tipo psicoeducativo con sesiones estructuradas. De acuerdo con Weisman, Worden y Sobel. (1980) y Fawzy et al. (2001) la mayoría de los estudios reportan haber aplicado terapia de grupo de corta duración (menor a 12 sesiones) utilizando un marco teórico cognitivo-conductual en combinación con psicoeducación, estrategias de afrontamiento y apoyo social y emocional. Que las pacientes asistieran a todas las sesiones de radiación así como a todas las sesiones de la intervención grupal refleja que se estableció un adecuado rapport, se transmitió empatía; ambos elementos importantes para el logro de la adherencia. Lo anterior puede explicar el que las pacientes hayan aceptado permanecer dos horas más en el hospital una vez a la semana durante cinco semanas.

Proporcionar una adecuada información así como el apoyo a los individuos que padecen cáncer es de gran importancia ya que facilita su adaptación y el afrontamiento (Houts 1991; Fallowfield y Jenkins 1999). Los pacientes aprenden y comprenden más sobre la enfermedad y los tratamientos, aumentan su sentido de control, reducen sus miedos y los sentimientos de incertidumbre, disminuyen sus niveles de ansiedad y depresión y mejoran su comunicación con el personal de salud y su familia (Manfredi et al. 1993).

## CONCLUSIONES

El incremento en las tasas de sobrevivencia producidos gracias a los avances en los cuidados médicos nos señala la relevancia de diseñar intervenciones psicológicas dirigidas a asistir a los pacientes con cáncer. El diagnóstico así como los diferentes tratamientos a los que son sometidos los pacientes cuyo objetivo está encaminado a la curación, el control o la paliación de la enfermedad son sin duda eventos que ocasionan ansiedad. Brindar atención psicológica que permita disminuir el malestar emocional, desarrollar habilidades de afrontamiento y de adaptación a la enfermedad y a los diferentes tratamientos, así como a su nueva condición de vida es necesario para mejorar la calidad de vida de esta población.

Las intervenciones psicológicas grupales de tipo cognitivo-conductual permiten brindar una cobertura de atención más amplia a un menor costo y en menor tiempo. Sin embargo, el número de sesiones, así como su duración y la frecuencia dependerá de los factores relacionados con el padecimiento, de los objetivos terapéuticos y de las técnicas empleadas. Los resultados obtenidos en el presente trabajo confirman que la intervención grupal cognitivo-conductual es eficaz para disminuir los niveles de ansiedad que presentan las pacientes con cáncer de mama que reciben radioterapia. El haber aplicado la intervención psicoterapéutica en el formato grupal, no sólo ofreció la ventaja de brindar atención a más pacientes en menor tiempo, también permitió que las participantes aprendieran a través de la experiencia de sus compañeras y desarrollaran un sentido de autocontrol a pesar de las condiciones en las que se encuentran.

El haber empleado como componentes terapéuticos la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmática y la expresión emocional generó un impacto tanto en el bienestar emocional objetivo que se reflejó en la significancia estadística que mostraron los resultados de la aplicación pretest-postest del Inventario de Ansiedad de Beck; así como en el bienestar subjetivo de las pacientes al reportar de manera verbal que el asistir al grupo terapéutico les

permitió expresar sus emociones y aclarar las dudas con respecto a su enfermedad y el tratamiento; así como desarrollar habilidades de afrontamiento y adaptación.

La ansiedad de los pacientes con cáncer no sólo se genera a partir de la evaluación y la falta de información o la información errónea que posean, sino que también es producto de los efectos secundarios que la enfermedad y los tratamientos médicos producen. Al fundamentar la intervención grupal en el modelo cognitivo (ABC) se logró tener un impacto positivo a nivel fisiológico al reducir la activación del sistema nervioso autónomo mediante el empleo de la respiración diafragmática, lo que permitió que aún cuando las pacientes presentaran efectos secundarios y en algunos casos fueran más intensos conforme pasaron los días, en ninguna de las participantes se elevó su nivel de ansiedad.

Una de las limitantes del estudio es que la muestra a la que se le brindó la intervención grupal cognitivo-conductual no es representativa de la población mexicana de mujeres con cáncer de mama; sin embargo, establece un precedente que posibilita se realice su réplica y que de encontrar consistencia en los resultados fuera posible su aplicación de manera permanente.

## **SUGERENCIAS**

Aunque los resultados mostraron significancia estadística y clínica, sería importante tomar en cuenta que el estudio realizado constituye un piloteo; por lo que para su réplica se sugiere:

- Establecer un grupo control
- Dar seguimiento a las pacientes.
- Aplicarlo a un mayor número de pacientes para lograr que la muestra sea representativa de la población.
- Realizar la aplicación de la intervención en otros hospitales.
- Realizar un análisis detallado de los formatos de autorregistro, del tríptico de radioterapia y del cuestionario sobre cáncer y radioterapia, para estandarizarlos, validarlos y confiabilizarlos; y de esta forma utilizarlos como una herramienta que nos permita respaldar cuantitativamente los datos cualitativos de este trabajo.

## ANEXO 1

### MITOS CONCEPTUALES DEL CANCER, FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIATERAPÉUTICA

García Francisco<sup>1</sup>; Bárcenas Paula<sup>2</sup>; Ornelas Rosa<sup>3</sup>; Vega Mayra<sup>4</sup>; Villalpando Jessica<sup>5</sup>; y Ascencio Leticia<sup>6</sup>.

Hospital Juárez de México, Universidad Nacional Autónoma de México

#### RESUMEN

En este estudio se buscó conocer mediante la técnica de redes semánticas cuáles son las palabras que los pacientes con cáncer asocian ante los estímulos: cáncer, quimioterapia, radioterapia y cirugía; empleando como estímulo distractor la palabra familia. Participaron de forma voluntaria 75 pacientes (hombres y mujeres) con diagnóstico de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México. De acuerdo con el peso semántico se obtuvieron cuatro categorías (función, definición, efectos secundarios y emociones) para definir cada estímulo; y el estímulo distractor fue definido con una doble connotación (necesidad de apoyo y preocupación ante la posibilidad de abandonar a la familia por la muerte). Cáncer se conceptualiza como enfermedad y está altamente asociado con muerte y las definidoras con mayor peso son emocionales. Quimioterapia es más asociado con los efectos secundarios que genera el tratamiento. Radioterapia es definida en función del tratamiento y los efectos secundarios que éste genera. Cirugía se percibe más como recurso de curación y las implicaciones emocionales al proceso quirúrgico. El impacto en la adherencia al tratamiento de los pacientes está influida por un contexto sociocultural, psicológico y social y por factores como: duración del tratamiento, complejidad y efectos secundarios.

**Palabras clave:** Redes semánticas, cáncer, quimioterapia, radioterapia, cirugía, adherencia terapéutica.

---

1.- Jefe del Servicio de Oncología, Hospital Juárez de México

2,3,4,5.- Psicólogas Residentes de Medicina Conductual, Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México

6.- Mtra en Psicología, Hospital Juárez de México

**ANEXO 2**  
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**DATOS GENERALES**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Núm de exp. \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_ escolaridad: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_  
Originario de: \_\_\_\_\_ Residente de: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO MEDICO Y TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS**

Dx médico: \_\_\_\_\_  
Servicio oncológico: \_\_\_\_\_ Tipos de tratamiento que ha recibido:  
Rt \_\_\_\_\_ Qt \_\_\_\_\_ Cx \_\_\_\_\_ ninguno \_\_\_\_\_. Tiempo de haberlo  
recibido: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO EN RADIOTERAPIA**

Fecha de inicio de tx: \_\_\_\_\_ Número de radiaciones que  
recibirá: \_\_\_\_\_ Horario para recibir sus radiaciones: \_\_\_\_\_  
Tipo de tx: neoadyuvante \_\_\_\_ adyuvante \_\_\_\_ coadyuvante \_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Padece alguna otra enfermedad si \_\_\_\_ no \_\_\_\_ cuál \_\_\_\_\_  
Desde hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
Ha estado alguna vez en tratamiento psicológico si \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
Esta tomando medicamento para los nervios si \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**RESULTADOS DE CUESTIONARIOS (BECK)**

	Pretest	Postest
Ansiedad	_____	_____
Depresión	_____	_____

**PENSAMIENTOS**

Tres de los pensamientos más frecuentes que ha tenido desde que supo que le van a dar radiaciones.

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_

**ANEXO 3  
INVENTARIO DE BECK (BAI)**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **SEXO** \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

***Instrucciones:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.*

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERA DAMENTE	SEVERA MENTE
1.- ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
2.- SENTIR OLEADAS DE CALOR. (BOCHORNO)	_____	_____	_____	_____
3.- DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS.	_____	_____	_____	_____
4.- DIFICULTAD PARA RELAJARSE.	_____	_____	_____	_____
5.- MIEDO A QUE PASE LO PEOR.	_____	_____	_____	_____
6.- SENSACIÓN DE MAREO.	_____	_____	_____	_____
7.- OPRESIÓN EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS.	_____	_____	_____	_____
8.- INSEGURIDAD.	_____	_____	_____	_____
9.- TERROR.	_____	_____	_____	_____
10.- NERVIOSISMO.	_____	_____	_____	_____
11.- SENSACIÓN DE AHOGO.	_____	_____	_____	_____
12.- MANOS TEMBLOROSAS.	_____	_____	_____	_____
13.- CUERPO TEMBLOROSO.	_____	_____	_____	_____
14.- MIEDO A PERDER EL CONTROL.	_____	_____	_____	_____
15.- DIFICULTAD PARA RESPIRAR.	_____	_____	_____	_____
16.- MIEDO A MORIR.	_____	_____	_____	_____
17.- ASUSTADO.	_____	_____	_____	_____
18.- INDIGESTIÓN, O MALESTAR ESTOMACAL.	_____	_____	_____	_____
19.- DEBILIDAD.	_____	_____	_____	_____
20.- RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO.	_____	_____	_____	_____
21.- SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR)	_____	_____	_____	_____

Versión estandarizada por Robles, R; Varela, R; Jurado, S; Páez, F. (2001)

## ANEXO 4 INVENTARIO DE BECK (BDI\*)

Nombre: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo aplican a su caso, circule cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.           0    Yo no me siento triste.  
              1    Me siento triste.  
              2    Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.  
              3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
  
2.           0    En general no me siento descorazonado por el futuro.  
              1    Me siento descorazonado por mi futuro.  
              2    Siento que no tengo nada que esperar del futuro.  
              3    Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
  
3.           0    Yo no me siento como un fracasado.  
              1    Siento que he fracasado más que las personas en general.  
              2    Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.  
              3    Siento que soy un completo fracaso como persona.
  
4.           0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.  
              1    Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.  
              2    Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.  
              3    Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
  
5.           0    En realidad Yo no me siento culpable.  
              1    Me siento culpable una gran parte del tiempo.  
              2    Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo.  
              3    Me siento culpable todo el tiempo.
  
6.           0    Yo no siento que esté siendo castigado.  
              1    Siento que podría ser castigado.  
              2    Espero ser castigado.  
              3    Siento que he sido castigado.
  
7.           0    Yo no me siento desilusionado de mí mismo.  
              1    Estoy desilusionado de mí mismo.  
              2    Estoy disgustado conmigo mismo.  
              3    Me odio.

8. 0 Yo no siento que sea peor que otras personas.  
1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.  
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 Yo no tengo pensamientos suicidas.  
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.  
2 Me gustaría suicidarme.  
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. 0 Yo no lloro más de lo usual.  
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.  
2 Actualmente lloro todo el tiempo  
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11. 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar  
1 Me enojo o irritado más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado todo el tiempo.  
3 Yo no me irrita por las cosas por las que solía hacerlo.
12. 0 Yo no he perdido el interés por la gente.  
1 Estoy menos interesada en la gente de lo que solía estar.  
2 He perdido en gran medida el interés por la gente.  
3 He perdido todo el interés por la gente.
13. 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.  
1 Pospongo tomar decisiones más que antes.  
2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar decisiones.
14. 0 Yo no siento verme peor de cómo me veía.  
1 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).  
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen ver poco atractivo (a).  
3 Creo que me veo fea.
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
1 Requiere de más esfuerzo para hacer algo.  
2 Tengo que obligarme para hacer algo.  
3 Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16. 0 Puedo dormir tan bien como antes.  
1 Yo no duermo tan bien como solía hacerlo.  
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.  
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

17.        0    Yo no me canso más de lo habitual.  
              1    Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.  
              2    Con cualquier cosa me canso.  
              3    Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
18.        0    Mi apetito no es peor de lo habitual  
              1    Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.  
              2    Mi apetito está muy mal ahora.  
              3    No tengo apetito de nada.
19.        0    Yo no he perdido mucho peso últimamente.  
              1    He perdido más de dos kilogramos.  
              2    He perdido más de cinco kilogramos.  
              3    He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

20.        0    Yo no estoy más preocupado por mi salud que antes.  
              1    Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores; malestar estomacal o constipación.  
              2    Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.  
              3    Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21.        0    Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
              1    Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.  
              2    Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.  
              3    He perdido completamente el interés por el sexo.

## ANEXO 5



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo: \_\_\_\_\_ declaro libremente estar de acuerdo en participar en el estudio cuyo nombre es: **“Terapia Grupal Cognitivo-Conductual para pacientes que van a recibir radioterapia”**; así como estar informada de los beneficios y riesgos.

Se me ha notificado que toda información que proporcione será utilizada bajo los principios de confidencialidad, y que los datos serán utilizados para reportarlos estadísticamente. Estoy consciente que en caso de que durante el tratamiento llegara a estar en riesgo mi vida o la de terceros la confidencialidad puede ser rota; o, cuando yo así lo autorice.

Acepto asistir en un periodo de cinco semanas a una sesión de grupo con una duración de dos horas; durante las cuales se revisarán y modificarán aquellas conductas que interfieren en mi bienestar. Estoy de acuerdo que en caso de no asistir a dos sesiones quedo fuera del tratamiento.

Se me ha manifestado que tengo la absoluta libertad para dejar el estudio en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporciona se vea afectada por este hecho. También se me ha notificado que el participar en este estudio no tiene ningún costo.

Otorgo mi consentimiento para participar en este estudio

Participante

Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psic. Rosa Elena Ornelas Mejorada

## **ANEXO 6**

Temario del programa impartido en el Hospital Juárez de México durante el periodo de marzo 2004 a enero del 2005 para los residentes de Cirugía Oncológica, al que asistí durante mi segundo año de residencia en Medicina Conductual.

### **MÓDULOS**

- Biología molecular y principios de oncología
- Efectos adversos al tratamiento y Urgencias oncológicas
- Tratamiento de cáncer metastático
- Cáncer de pulmón y mediastino
- Oncología ginecológica
- Tumores mamarios
- Gastroenterología
- Cáncer genitourinario
- Sarcomas
- Cáncer de piel
- Tumor de origen y síndrome paraneoplásico
- Linfomas
- Tumores malignos de la infancia
- Tumores del Sistema Nervioso Central
- Oncología pediátrica

## REFERENCIAS

- Aass, N., Fossa, S. D, Dahl, A. A. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at Norwegian Radium Hospital. *European Journal Cancer*, 33,1597-1604.
- Andersen, B.L. y Tewfik, H. (1985). Psychological reactions to radiation therapy: reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *Journal Personal Social Psychology*, 48.1024-1032.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ( 4ª. ed.). Washington, DC: Autor.
- Baum, A., y Poluszny, D.M. (2001). Traumatic stress as a target for intervention with cancer patients. En A. Baum and B. L. Andersen (Eds.) *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 143.174). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bolund, C. (1985). Suicide and cancer: I. Demographic and social characteristics of cancer patients in Sweden, 1973-1976. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3, 31-52.
- Bulacio, J.M. (2004) *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires. Akadia..
- Cassileth, B. R, Volcóar, D, Goodman, R.L. (1980). The effect of experience on radiation therapy patient's desire for information. *International Journal Radiation Oncology Biology Phys*, 6: 493-496.

- Chaturvedi, S., Chandra, P., Channabasavanna, S., Anantha, N., Reddy, B., Sharma, S. (1996). Levels of anxiety and depression in patients receiving radiotherapy in India. *Psycho-Oncology*, 5, 343-346.
- Cohen, F., y Lazarus, R.S. (1979). Doping with the stresses of illness. En G.C. Stone, F. Cohen and N.E. Adler (Eds.) *Health Psychology- A Handbook: Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System*. San Francisco: Jossey- Bass Publisher.
- Copp, K. (1991). Nursing patients having radiotherapy. *En Oncology for Nurses and Health Care Professionals*, Vol.3 . London. Harper y Row.
- Craig, M., Bakalar, J. y Grinspoon, L. (2003). *Cancer and the mind*. En Harvard Mental Health letter, 20 (1), 1-3. Descargado el 1 de agosto de 2003 de <http://www.health.harvard.edu>.
- Cunningham, A. J. and Toccom, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education Counseling*, 14, 101-114.
- Decaer, T., Cline-Elsen, J. y Galafher, M. (1992). Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 388-393.
- Del Castillo, A. (2005). *Intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de de maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Derogatis, LR. y Melisaraatos, N. (1983). The brief symptom inventory (BSI): An introductory report. *Psychology Medical*, 13: 595-606

- Diekmann, J.M. (1988). An evaluation of selected ' I Can Cope' programs by registered participants. *Cancer Nursing*, 11,274-282.
- Dirección General de Epidemiología SSA. (2001) Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México.
- Doll, R. (1983). Prospects for the prevention of cancer. *Clinical Radiology*, 34,609-23.
- Farber, J. M., Weinerman, B. H. y Kuypers, J. A. (1984). Psychosocial distress of oncology patients. *Journal Psychosocial Oncology*, 2, 109-118.
- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (1999) Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35,1592-1597.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W. y Hyunn, C.S. (1994). Short-term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma: effects on psychological state, coping, and the immune system. *The Psychoimmunology of Cancer*. New York: Oxford University Press; p.p. 292-319.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 52(2):100-113.
- Fawzy, F., Fawzy, N. y Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. En Baum, A y Andersen, B (eds.) *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington, DC. American Psychological Association.

- Forester, B., Kornfeld, D.S. y Fleiss, J. (1985). Psychoterapy during radiotherapy: Effects on emotional and physical distress. *American Journal of Psychiatry*, 142,22-27.
- Gardner, K.G., y Wheeler, E. (1981). Patients' and staff nurses' perceptions of supportive nursing behaviours: a preliminary análisis. *En Caring: An essential human need*. (Leininger M. ed.), Proceedings of three national caring conferences. Charles B. Slack, New Jersey. Thorofare, pp. 109-113.
- Graydon, J. (1994). Women with breast cancer: Their quality of life following a course of radiation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 617-622.
- Greenberg, D.B. (1998). Radiotherapy. En J.C, Holland J.H. Rowland (Eds.) *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Gruber, B., Hersh, S., Hall, N., Waletzky, L., Kunz, J., Carpenter, J., Averno, K., y Weiss, S. (1993). Inmunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback and Self-Regulation*, 18(1), 1-21.
- Gutierrez, J. (2004) *Psicología de la salud y calidad de vida . Capítulo 7. Ansiedad y salud*. México.:International Thomson.
- Hall, E.J. y Cox, J.D. (1989). Physical and biological basis of radiation therapy. En W. T. Moss y J:D: Cox (eds.). *Radiation oncology: rationale, technique, results*. St. Louis: Mosby.
- Heinrich, R.L., y Sag, C. C. (1985). Stress and activity management group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 53, 439-446.

- Herrera, A., Granados, M., y De la Garza, J. (2003). *Manual de oncología. procedimientos medicoquirúrgicos. Cáncer: un problema clínico y de salud pública*. México:Mc Graw-Hill.
- Hinds, C., y Moyer, A. (1997). *Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments*. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 371-379.
- Holland, J. (1982). *The current concepts and challenges in psychosocial oncology. Current concepts in psychosocial oncology*. Syllabus of postgraduate course. New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.
- Holland, J.C. (1998). Psychiatric disorders in cancer patients. En J.C, Holland J.H. Rowland (Eds.) *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Houts, A. (1991). Information needs of families of cancer patients: A literature review and recommendations. *Journal of Cancer Education*, 64, 255-261.
- Hughson, A.V.M., Copper, A.F., McArdle, C.S y Smith, D.C. (1987). Psychosocial effects of radiotherapy after mastectomy. *British Medical Journal*, 294, 1515-18.
- Hugues, J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal Psychosomatic*, 26,277-283.
- Irving, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. Browne, G. (1991) Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67,1097-1117.
- Jill, D. (1995). *Cancer care prevention, treatment and palliation*. New York: Chapman & Hall.

- Jonson, J. (1982) The effects of a patient education course on persons with a chronic illness. *Cancer Nursing*, 5, 117-123.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Karasawa, K (2005). Assesment of psychological responses in patients about to receive radiotherapy. *Radiation Medicine*, 23(7), 478-484.
- Lamszus, K., Verres, R, Hubener, K.H. (1994). How do patients experience radiotherapy?. *Stahlenther Onkol*, 170 (3): 162-168.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- López-Lara, Francisco (1999). *Manual de oncología clínica. Bases de la oncología clínica*. España: Universidad de Valladolid.
- Manfredi, C., Czaja, R., Price J., Buis, M., y Janiszewski, R. (1993). Cancer patients search for information. *Monographs of Journal of National Cancer Institute*, 14, 93-104.
- Manne, S.L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K. L., y Redd, W.H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 41-55.
- Massie, M.J. and Holland J.C. (1990). Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75,12-17.

- Maunsell, E., Brisson, J., Deschenes, L. (1992). Psychosocial distress after initial treatment of breast cancer. Assesment of potencial risk factors. *Cancer*, 70,120-125.
- McMillan, S.C., Tittle, M.B. y Hill, D. (1993). A systematic evaluation of the 'I Can Cope' program using a national simple. *Oncology Nursing Forum*, 20,455-461.
- Meyerowitz, B.E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Mohar, A., Frías, M. (2003). *Manual de oncología. Procedimientos medicoquirúrgicos. Epidemiología del cáncer*. México: Mc Graw-Hill.
- Moorey, S. y Creer, S. (1989) Adjuvant psychological therapy: A cognitive behavioral treatment for patients with cancer. *Behavioral Psychotherapy*, 17,177-190.
- Mose, S. y Rahn, A.N. (1999) *The effect of adjuvant radiotherapy on the mental health of female patients with a brest-conserving operated breast carcinoma. Stranlenthérapie und Onkologie*, 175(3): 112-8.
- Nezu, A. M., Nezu, C..M., Friedman, S.H. (1998). *Helping cancer patients cope*. Washington, DC: American Pshychological Association.
- Nias, A.H.W. (1990). Radiation biology. En K. Shikora y K.E. Halnan (eds.). *Treatment of Cancer*. London:Chapman & Hall.
- Northouse, L. (1989). A longitudinal study of adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursery Forum*, 16:511-516.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). Boletín sistema epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE-10). <http://www.paho.org>
- Peck A, Boland J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40:180-184.
- Posluszny, D.M., Hyman, K.B. y Baum, A. (1998). Group intervention in cancer, the benefits of social support and education on patients adjustment. En *Theory and research on small groups*. Tindale, R.S.(eds.), Chapter 5, pp.87-105. New York: Plenum Press.
- Poroch, D. (1995). The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 18(3) 206-214.
- Rahn, A.N. y Mose S. (1998). Influence of radiotherapy on psychological health in breast cancer patients alter breast conserving surgery. *Anticancer Research*, 18(3):2271-3.
- Rainey L.C. (1985). Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. *Cancer*, Sep 1; 56(5):1056-61.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18:(2):211-218.
- Rowland, J.H. (ed.) (1990). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Sáiz. J., Ibáñez, A., Montes, J. (2001). Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Barcelona: Masson.

- Schapiro, I. R. (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: A Danish cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 153 (8) 757-63.
- Secretaría de Salud (1994). *Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino*. <http://www.diariooficial.segob.mx>
- Secretaría de Salud (2000). *Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer de la mama*. <http://www.diariooficial.segob.mx>
- Sehlen S., Hollenhorst, H., Schymura, B., (2003). Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie*, 179(3):175-80.
- Sinead, J. (1999). Cancer in the developing world: a call to action. *Behavioral Medicine Journal*, 319:505-508.
- Sollner, W., Maislinger, S., Konig, A., Devries, A., Lukas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients base don screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology*, 13(12):893-7.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Burnell, G. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 527.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.F. (1970). *Manual for the state trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

- Spira, J. (1991). *Educational therapy: Existencial, educational, and counseling approaches to behavioral medicine intervention*. Doctoral Dissertation, University of California, Berkeley,
- Spira, J. y Spiegel, D. (1993). *Group psychotherapy of the medically ill*. En A. Stoudemire y B Fogel (Eds.). *Psychiatric care of the medical patient*. (2ª. ed.) New York: Oxford University Press,31-50.
- Stanton, A.L., Danoff-burg, S. y Cameron, C. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 12,16-23.
- Stearns, N.M., Lauria, M.M., Hermann, J.F. y Fogelberg, P.R. (1993). *Oncology social work: a clinicians guide*. The American Cancer Society, USA.
- Strohl, R.A. (1988), The nursing role in radiation oncology: symptom management of acute and chronic reaction. *Oncology Nursery Forum*, 15, 429-434.
- Telch, C.F. and Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 802-808.
- Weisman A, Worden, J., Sobel, H., (1980). *Psychosocial screening and intervention with cancer patients*: Research Report. Cambridge, MA: Shea.
- Yumi, I., Kasutaka, S., Jaime, A., Toru, T., Masashi, K., Masako, O. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expresión. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 289-294.

Zabora J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001).  
The Prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-  
onchology*, 10, 19-28.

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
1er AÑO DE RESIDENCIA  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN  
“DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER”**

**CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN  
“DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER”**

A raíz del terremoto de 1985 la Secretaría de Salud dentro de su Plan Nacional contempló optimizar sus recursos a nivel central y extender la cobertura a poblaciones desprotegidas. Por tales motivos es construido en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México entre la Avenida Montesol y la Avenida Adolfo López Mateos sin número el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herreron-Daimler Chrysler”. Fue financiado con recursos del Fondo Nacional de la Reconstrucción y con los donativos de Daimler Chrysler, la Cruz Roja Danesa, al Ente Nazionale Idrocarbum de Italia y al gobierno de los Países Bajos y fue inaugurado en abril de 1987. La obra se planeó para beneficiar a una población de 800 mil habitantes de los municipios de Atizapán, Nicolás Romero, Isidro Fabela, Aculco, Chapa de Mota, Timilpan, Xilotepec, Sonaniquilpan, Polalilán y Villa del Carbón.

Considerado como un hospital de segundo nivel de atención médica tiene como objetivos: brindar atención preventiva, curativa y de rehabilitación a la población; participar en la formación de recursos humanos para la salud y en la cobertura de los programas de investigación básica, clínica y socio-médica. Para lograr realizarlos cuenta con los servicios de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Servicios Auxiliares y de Diagnóstico, Servicios Administrativos y Servicios Generales.

En el área de hospitalización y consulta externa existen siete especialidades: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Medicina Interna. En el servicio de consulta externa se ofrecen además Medicina Preventiva, Psiquiatría, Psicología, Odontología, Oftalmología, Urología,

Control del niño sano, Clínica del adolescente, Otorrinolaringología y Planificación familiar.

Como parte del programa de formación de recursos humanos para la salud, el hospital cuenta con 45 médicos internos de pregrado y 42 residentes en las diferentes especialidades en las que está incluida la especialidad de Medicina Conductual.

Para el periodo comprendido de marzo de 2003 a febrero de 2004 la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México asignó por primera ocasión cuatro residentes de primer año para realizar práctica supervisada en el desarrollo de competencias profesionales *in situ*; durante nuestra estancia en este hospital formamos parte del equipo de salud del servicio de Medicina Interna y del servicio de Psicología.

## **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

El servicio de medicina interna se encuentra ubicado en zonas del hospital tales como: consulta externa, urgencias, terapia intensiva y la zona de hospitalización.

Se proporciona atención hospitalaria y de consulta externa a aquellos pacientes que han sido canalizados por el médico general de un centro de salud para su valoración debido a padecimientos tales como hipertensión, cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, eventos vasculares cerebrales, várices esofágicas, entre muchos otros. Asimismo atiende como parte de un programa permanente a pacientes con VIH-SIDA y les proporciona de manera gratuita el medicamento que requieren para su tratamiento. Cuenta además con un programa de diálisis intermitente que es aplicado en el área de hospitalización a los pacientes con insuficiencia renal. Como parte complementaria proporciona consulta y hospitalización en el área de urgencias a los pacientes con intento suicida, crisis convulsivas, encefalopatía diabética, crisis hipertensivas, enfermedades de vías respiratorias entre otras.

El personal médico está conformado por un jefe de servicio, nueve médicos adscritos, una psicóloga, una trabajadora social y personal de enfermería. Para el periodo de marzo de 2003 a febrero de 2004 también formaron parte del equipo tres médicos residentes, siete estudiantes de medicina de pregrado y cuatro residentes de medicina conductual.

## **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA**

El hospital cuenta con un consultorio en el área de consulta externa donde se proporciona atención psiquiátrica los días lunes, miércoles y viernes; y psicológica los días martes y jueves. La psicóloga del hospital está adscrita al servicio de medicina interna y proporciona apoyo a los servicios de cirugía y ginecología en el área de hospitalización; además de dirigir el grupo de apoyo psicológico para pacientes con VIH-SIDA.

La autora del presente trabajo estuvo asignada al servicio de medicina interna y psicología como residente de primer año para realizar práctica profesional supervisada; teniendo como línea de autoridad directa a la jefa del Servicio de Medicina Interna Doctora María Antonieta Calderón Martínez, a la jefa del Servicio de Enseñanza Doctora Rosa Matías Armas, al Maestro Leonardo Reynoso Erazo, Supervisor Académico del Programa de Residencia en Medicina Conductual por la UNAM; y como supervisora *in situ* a la Licenciada en Psicología Arellí Fernández.

## **ACTIVIDADES DE LA RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y PSICOLOGÍA**

Las residentes de medicina conductual fuimos asignadas al área de hospitalización de Medicina Interna para proporcionar tratamiento psicológico a los pacientes durante su estancia hospitalaria y para atender en el área de consulta externa a la población que solicita atención psicológica así como a los pacientes que fueran canalizados por otros servicios del mismo hospital para su valoración. Adicional a estas actividades y

bajo solicitud de servicio también realizábamos y proporcionábamos apoyo psicológico (intervención en crisis y valoraciones) en el área de hospitalización de los demás servicios del nosocomio.

Debido a que éramos cuatro residentes y que el servicio está dividido en área de hombres y mujeres; se acordó que dos residentes atenderían el área de hombres, dos el área de mujeres, y que cada dos meses se haría la rotación.

Con la finalidad de optimizar el trabajo que se realizaría se estableció un cronograma de actividades que se llevó a en un horario de 07:00 a 14:30 horas. (ver tabla 1).

Tabla 1. Cronograma diario de actividades a realizar por las residentes de Medicina Conductual en un horario de 07:00 a 14:30 horas.

Día Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
07:00-08:00	Pase de visita	Pase de visita	Supervisión externa	Pase de visita	Pase de visita
08:00-09:30	Hospitalización	Sesión General	Pase de visita	Hospitalización	Pase de visita
09:30-10:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
10:00-11:00	Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)	Consulta externa	Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)	Consulta externa	Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)
11:00-12:00					
12:00-13:00					
13:00-14:00				Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)	
14:00- 14:30	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida

## **PASE DE VISITA**

Diariamente entre siete y siete treinta se realizaba el pase de visita por todo el servicio de hospitalización. La visita estaba encabezada por la jefa de servicio o un médico adscrito, asistían además los médicos residentes del servicio, los médicos de pregrado que estuvieran rotando y las residentes de medicina conductual.

Al mismo tiempo que se revisaba el estado de salud de los pacientes, la doctora a cargo realizaba preguntas a los médicos sobre cada caso; de esta forma las residentes de medicina conductual además de saber sobre el estado de los pacientes, también aprendíamos acerca de los padecimientos. La duración de la visita podía variar de una a dos horas, dependiendo del número de pacientes y de las preguntas que les hicieran a los médicos.

Durante el pase de visita las residentes de medicina conductual identificaban a los pacientes y familiares que requerían el apoyo psicológico para posteriormente realizar las entrevistas de valoración y llevar a cabo las intervenciones. También se identificaban a aquellos pacientes que ya hubieran sido atendidos en otro momento y que estuvieran de reingreso y se tomaba nota de aquellos que a solicitud del médico (adscrito, residente o de pregrado) requirieran de valoración psicológica.

## **HOSPITALIZACIÓN**

Una vez identificados los pacientes, se revisaba el expediente y se hablaba con el médico adscrito o residente para saber el pronóstico. Posteriormente se procedía a realizar entrevista con ellos o con los familiares.

Debido a los padecimientos que se trataban en el servicio, las características de la población atendida fue:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de varios años de evolución con complicaciones como hipertensión, insuficiencia renal, insuficiencia pulmonar, inclusive coma diabético.

- Diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo 1 y 2.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Pacientes con reciente diagnóstico y ya diagnosticados con VIH-SIDA.
- Familiares y pacientes con intento suicida.
- Familiares de pacientes en fase terminal de cualquier padecimiento.
- Familiares de pacientes con supresión ética.
- Familiares de pacientes con evento vascular cerebral.
- Familiares de pacientes que fallecieron en el hospital.

Las razones primordiales para la referencia al tratamiento psicológico de los pacientes fueron:

- Déficit en la adherencia al tratamiento médico.
- Intervención en crisis debido a reciente diagnóstico.
- Déficit de conductas de autocuidado de la salud (dieta, aseo personal, ejercicio, autocontrol en el consumo de alcohol)
- Manifestación de sintomatología ansiosa o depresiva.
- Intervención en crisis debido a la muerte del paciente.
- Evaluación de deterioro cognitivo.
- Evaluación psicológica debido a intento suicida o por manifestación de algún trastorno mental (somatomorfo, del estado de ánimo, adaptativo, ansiedad, etc).
- Sintomatología fisiológica debido a estrés.
- Evaluación de habilidades y recursos para ingreso al programa de diálisis intermitente.

## **Intervención**

Con los pacientes de reciente diagnóstico se procedía a realizar intervención en crisis y se diseñaban sesiones de psicoeducación tanto para el enfermo como para los familiares. Se buscaba favorecer la atención integral del paciente y el trabajo

interdisciplinario por lo que se establecía comunicación con el servicio de nutrición, trabajo social y personal médico. Cuando eran dados de alta de hospitalización se procedía a citarlos en la consulta externa de psicología para continuar con su tratamiento.

Con los pacientes que presentaban constantes ingresos al servicio se buscaba establecer los motivos que ocasionaban déficit en la adherencia al tratamiento médico y trabajar en ello para mejorar su calidad de vida.

Los pacientes que ingresaban al servicio por intento suicida se realizaba una entrevista para valorar el estado del paciente y en conjunto con el psiquiatra establecer si requería su traslado a un hospital de salud mental o podía ser dado de alta para continuar su tratamiento en la consulta externa.

Con aquellos cuidadores primarios o familiares cuyos pacientes estuvieran graves y su pronóstico fuera desfavorable, se trabajaba: intervención en crisis, manejo de la pérdida, manejo de emociones, solución de problemas, balance decisonal y reestructuración de pensamientos.

De todos los pacientes atendidos se elaboraba nota psicológica que se incluía en el expediente médico.

## **CONSULTA EXTERNA**

Cada martes y jueves se procedía a revisar la carpeta de citas de psicología para repartir el número de consultas entre las residentes de medicina conductual, así como para darle continuidad a aquellos pacientes que hubieran sido canalizados desde hospitalización. Las razones por las que los pacientes que solicitaban atención en consulta externa eran: trastorno conversivo, déficit en solución de problemas, déficit de habilidades sociales, trastorno del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, duelo, problemas biográficos, problemas de pareja.

Se elaboraba la nota de cada paciente de acuerdo con el método “soap” y se incluía en el expediente.

## **ACTIVIDADES ACADÉMICAS DESARROLLADAS DENTRO DE LA SEDE**

- **CLASES DE MEDICINA INTERNA-** El asistir diariamente al pase de visita y mantener la comunicación con los médicos adscritos y residentes tuvo como finalidad: 1) conocer y aprender el lenguaje médico y el significado acerca de los padecimientos y tratamientos; y 2) sensibilizar al equipo médico a la presencia de las psicólogas como parte del equipo de salud y del servicio.
- **SESIONES DE CASO CLÍNICO-** Asistir todos los martes al auditorio principal del hospital a la sesión general de caso con la finalidad de aumentar el conocimiento acerca de otras enfermedades.
- **SUPERVISIÓN-** Asistir los miércoles a la biblioteca del hospital con la supervisora externa para recibir supervisión de casos clínicos.

## **EVENTOS ACADÉMICOS NO PROGRAMADOS**

- Taller de capacitación *“MUJERES, VIOLENCIA Y SALUD. CONSTRUYENDO UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA”* realizado en el Hospital General de Atizapán.
- Curso *“TÓPICOS SELECTOS EN MEDICINA INTERNA”* realizado en el Hospital General de Atizapán.
- Simposio-Taller *“CUIDADOS PALIATIVOS Y MUERTE”* realizado por la Sociedad Mexicana de Psicooncología.

## **ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS**

- Participación como ponente en la sesión general con el tema *“DESGASTE PROFESIONAL EN EL EQUIPO DE SALUD”*.

- Apoyar al servicio de enfermería de consulta externa con el taller “SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA”.
- Apoyar en el Servicio de Neonato realizando intervención en crisis con las madres de los pacientes.
- Interconsultas en el servicio de cirugía con los pacientes candidatos a amputación de miembro inferior o de hortejos.
- Interconsultas en el servicio de cirugía maxilofacial para realizar intervención en crisis con madres de pacientes candidatos a cirugía por labio leporino.
- Interconsultas en el servicio de urgencias a pacientes con crisis convulsivas o por intoxicación medicamentosa.
- Interconsultas en el servicio de terapia intensiva con los familiares y los pacientes.
- Intervenciones breves con algunos miembros del equipo de salud (médicos y enfermeras) que presentaban síntomas de estrés, duelo, depresión.

## **LOGROS Y METAS ALCANZADAS POR LA RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL**

- Sensibilizar al equipo médico del hospital sobre la participación de la psicología de la salud como parte importante de la atención integral del ser humano. Esto se reflejó en la solicitud que hizo el jefe de ginecología para que se asignaran residentes de medicina conductual en su servicio de manera permanente y no sólo como interconsultas.
- Lograr la consolidación de la psicóloga residente en medicina conductual como parte del equipo de salud (médicos, enfermeras y trabajo social) para poder brindar atención integral al paciente y a su familia.
- Ganar el interés y la confianza del personal del servicio hacia mi trabajo profesional favoreció el haber podido participar como ponente en la sesión general.
- Elaborar programas de intervención individual para resolver los problemas psicológicos que los pacientes presentaron a partir de su problema orgánico.

- Desarrollar la habilidad para integrar los conocimientos teóricos adquiridos a las necesidades institucionales y establecer las estrategias de tratamiento psicológico aplicando y/o adecuando las técnicas, los procedimientos y los instrumentos que permitieran mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Adquirir conocimientos teóricos necesarios de las enfermedades crónicas degenerativas (causas, consecuencias, formas de prevención, tratamientos, complicaciones, efectos secundarios, etc.) para poder brindar educación para la salud a los pacientes y sus familias y ayudar a incrementar la comunicación entre el equipo de salud y el paciente oncológico.
- Capacidad para detectar necesidades de atención psicológica de la población afectada y desarrollar programas de atención tomando en cuenta los recursos tanto institucionales como de los propios pacientes.
- Concluir mi capacitación profesional desarrollando las competencias profesionales y laborales necesarias que me permitieron insertarme para mi segundo año de residencia en un área de especialización (oncología) con un mayor conocimiento sobre los procedimientos institucionales y la forma como podían tratar de resolverse los problemas que se presentaran.

## **RECOMENDACIONES**

- Establecer programas de atención grupal para la población con diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica.
- Promover la investigación interdisciplinaria y difundirla en espacios no sólo de interés psicológico sino de salud en general.
- Ampliar el conocimiento de los residentes en medicina conductual sobre temas como: muerte, cuidados paliativos, burnout, dolor crónico; a través de cursos, seminarios, talleres.
- Mantener constante la supervisión clínica con un enfoque cognitivo-conductual.
- Aprovechar la experiencia de los egresados de la maestría para que brinden apoyo tanto a nivel teórico como práctico a las nuevas generaciones.

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**  
**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**  
**2º AÑO DE RESIDENCIA**  
**SERVICIO DE ONCOLOGÍA**  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

El Hospital Juárez se derrumbó a consecuencia del terremoto ocurrido en 1985 en la Ciudad de México. Su reconstrucción se realizó en la zona norte y se ubica en la Avenida Instituto Politécnico Nacional. Fue creado por decreto del Ejecutivo Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de junio de 1988 como órgano administrativo desconcentrado por función, subordinado jerárquicamente a la Secretaría de Salud. Cuenta con una superficie de 61,500 metros cuadrados donde se construyeron siete edificios, cincuenta consultorios, quirófano con diez salas, cuatro niveles en la torre de hospitalización, diez aulas, cocina, comedor, casas de máquinas y dos plantas eléctricas además de zona de áreas verdes.

Es considerado un hospital de tercer nivel por las especialidades y subespecialidades en las que brinda servicio de consulta externa y de hospitalización, y por los recursos tecnológicos con los que cuenta. Tiene como objetivos: brindar atención preventiva, curativa y de rehabilitación a la población; participar en la formación de recursos humanos para la salud y en la cobertura de los programas de investigación básica, clínica y socio-médica. Para lograr estos objetivos cuenta con los servicios de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Servicios Auxiliares y de Diagnóstico, Servicios Administrativos y Servicios Generales.

Como parte del programa de formación de recursos humanos para la salud, el hospital cuenta con una escuela de enfermería, y alberga cada año médicos internos de pregrado, pasantes de enfermería y psicología para realizar servicio social y 306 residentes de posgrado en las especialidades de trasplantes, hematología, pediatría, biología de la reproducción, medicina interna, ginecología, anestesiología, neurología,

cirugía general, cirugía plástica, dermatología, genética, angiología, ortopedia, otorrinolaringología, nefrología, infectología, radiología, terapia intensiva, cirugía oncológica y psicología.

El servicio de psiquiatría y psicología participa en la formación de especialistas por lo que cada año recibe estudiantes de maestría en psicología. Para el período del 01 de marzo de 2004 al 28 de febrero de 2005 la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México asignó doce estudiantes (cuatro residentes de segundo año (R2), y 8 residentes de primer año (R1) del nivel de Maestría en Psicología Profesional con especialidad en Medicina Conductual para realizar un año de práctica supervisada en el desarrollo de competencias profesionales *in situ*. Los servicios en los que fuimos ubicados fueron: medicina interna, trasplantes, nefrología, pediatría, hematología y oncología.

## **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

Se localiza en la planta baja del edificio “C” y está organizado de la siguiente forma: sala de espera, consulta externa en cuatro especialidades oncológicas: cabeza y cuello, tumores mixtos, gineco-onco y mama; área de quimioterapia que proporciona el servicio de consulta externa y quimioterapia ambulatoria, servicio de radioterapia en consulta externa; un simulador y un área conocida como el “Bunker” aquí se encuentra la bomba de cobalto y es el lugar en que se llevan a cabo los tratamientos de radioterapia. Sala de urgencias oncológicas con once camas donde se realizan biopsias, curaciones y atención a pacientes; área de equipo de terapia intravenosa, jefatura de enfermería, cubículo de trabajo social y consultorios de psicología. En el primer piso del edificio B este servicio tiene asignadas treinta y seis camas que albergan pacientes preoperados, postoperados, en quimioterapia y quienes reciben cuidados paliativos.

Para proporcionar atención a los pacientes oncológicos, la unidad cuenta con personal médico especializado conformado por cirujanos oncológicos (un jefe del servicio y nueve médicos adscritos), una oncóloga especialista en radioterapia y una especialista en oncología médica, enfermeras en área de consulta externa y de hospitalización; técnicos de radioterapia; trabajadoras sociales; personal administrativo, camilleros y el equipo de damas voluntarias del grupo “Deseos de vivir”.

En el periodo del 01 de marzo 2004 al 28 de febrero 2005, el servicio de oncología contó en con once residentes de Cirugía Oncológica (cinco de tercer año, tres de segundo año y tres de primer año); residentes de Ginecología y Cirugía General que realizaron rotación mensual en el servicio y cuatro residentes de Medicina Conductual (dos de segundo año y dos de primer año). La autora del presente informe fue asignada al servicio de oncología como residente de segundo año de la maestría, teniendo como línea de autoridad directa al Jefe de Servicio de Oncología Doctor Francisco García Rodríguez y el Jefe de Psiquiatría y Psicología Doctor Ricardo Gallardo; así como el Maestro Leonardo Reynoso Erazo, Supervisor Académico del Programa de Residencia en Medicina Conductual por la UNAM, además de la Supervisora *in situ* Maestra Bertha Molina Zepeda.

## **ACTIVIDADES DE LA RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

Debido a la gran cantidad de pacientes que son atendidos en el servicio de oncología fue necesario que para ese año cada una de las residentes cubriera una de las especialidades tanto en la consulta externa (cabeza y cuello, mama, gineco-onco y tumores mixtos) como en hospitalización; además de urgencias oncológicas, quimioterapia y radioterapia. Se organizaron las rotaciones de manera tal que cada residente permaneciera tres meses atendiendo a los pacientes tanto de consulta externa como de hospitalización en las cuatro especialidades oncológicas, y, durante todo el año, para llevar a cabo el proyecto de investigación que consistía en desarrollar

proyectos de atención psicológica a nivel grupal para la población que recibía tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia. (ver tabla 1)

Tabla 1. Rotaciones de las residentes de Medicina Conductual asignadas al Servicio de Oncología durante el periodo del 01 de marzo de 2004 al 28 de febrero de 2005.

Nombre de la residente	Grado	Rotación en especialidad	Periodo de rotación	Proyecto a desarrollar
Paula Leticia Bárcenas	R1	Cabeza y cuello Mama Gineco-onco Tumores mixtos	mar-may jun-ago Sep-nov dic-feb	Cirugía
<i>Rosa Elena Ornelas Mejorada*</i>	R2	<b>Gineco-onco</b> <b>Tumores mixtos</b> <b>Cabeza y cuello</b> <b>Mama</b>	<b>mar-may</b> <b>jun-ago</b> <b>Sep-nov</b> <b>dic-feb</b>	<b>Radioterapia</b>
Mayra Lorenia Vega Newman	R1	Mama Gineco-onco Tumores mixtos Cabeza y cuello	mar-may jun-ago Sep-nov dic-feb	Cirugía
Jessica Villalpando Uribe	R2	Tumores mixtos Cabeza y Cuello Mama Gineco-onco	mar-may jun-ago Sep-nov dic-feb	Quimioterapia

\* Autora del presente informe de experiencia profesional

Durante las dos primeras semanas de estancia en el servicio se detectaron las siguientes necesidades:

- Sensibilizar al equipo médico a la presencia de los residentes de Medicina Conductual como parte del equipo de salud que interviene en el tratamiento de los pacientes oncológicos.
- Sensibilizar al equipo médico sobre el trabajo profesional que realizan los residentes en Medicina Conductual; mismo que requiere de un espacio destinado específicamente para que se lleve a cabo. Por lo tanto se solicitó al jefe de servicio su apoyo para que se nos proporcionara un espacio específico en el

área de consulta externa para la atención psicológica de los pacientes, así como el que las residentes no estuviéramos dentro de los consultorios.

- Informar a los pacientes y sus familiares de la presencia del servicio de psicología dentro del servicio de oncología, así como de los diferentes tipos de atención que podían recibir por parte de las residentes de Medicina Conductual.

Con la finalidad de optimizar el trabajo que se realizaría diariamente dentro del hospital, se estableció un cronograma de actividades que se llevó a en un horario de 07:00 a 14:00 horas. (ver tabla 2)

Tabla 2. Cronograma diario de actividades a realizar por las residentes de Medicina Conductual en un horario de 07:00 a 14:00 horas.

Día Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
07:00-08:00	Clases de oncología	Clases de oncología	Clases de oncología	Clases de oncología	Clases de oncología
08:00-09:30	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita
09:30-10:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
10:00-11:00	Consulta externa	Clase con Jefe de Psiquiatría	Sesión de caso clínico (Psiquiatría y Psicología)	Consulta externa	Consulta externa
11:00-12:00		Consulta externa	Consulta externa		Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)
12:00-13:00	Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)		Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)	Sesión General de caso HJM	Hospitalización (trabajo con pacientes y familia)
13:00-14:00					

## **ATIVIDADES DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICOS DESARROLLADOS**

La intervención psicológica que desarrollé fue: individual y grupal. La intervención individual se aplicó a todos los pacientes que eran referidos por el personal de salud o algún familiar, o que de manera directa solicitaban apoyo psicológico independientemente del padecimiento oncológico y la etapa de la enfermedad en la que se encontraran. Y, la intervención grupal, se aplicó a los pacientes con cáncer que recibían radioterapia y que participaron en el protocolo de investigación que desarrollé en ese año. (ver apartado de protocolo de investigación).

Los objetivos que se plantearon para realizar las intervenciones fueron:

### **Intervención individual:**

- Proporcionar educación para la salud a pacientes y familiares.
- Realizar intervención en crisis y psicoterapia breve mediante la utilización de técnicas cognitivo-conductuales a los pacientes con cáncer.
- Promover la adherencia a la terapéutica tanto médica como psicológica para mejorar la calidad de vida.
- Diseñar programas de tratamiento psicológico que favorecieran el desarrollo de estrategias de afrontamiento tanto de los pacientes, como de los familiares ante la enfermedad y los diferentes tratamientos médicos.
- Disminuir los niveles de estrés, depresión y ansiedad que presentan los pacientes con cáncer.

### **Intervención grupal:**

- Establecer el padecimiento y los pacientes que con mayor frecuencia reciben radioterapia.
- Diseñar un programa de terapia grupal para los pacientes con cáncer que recibieran radioterapia mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales.
- Aplicar programa de terapia grupal previamente diseñado.
- Evaluar resultados del programa.

Dichas actividades se llevaron a cabo en:

- **CONSULTA EXTERNA-** Mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales se realizó intervención en crisis, terapia breve, entrevistas, evaluaciones psicológicas, sesiones de educación para la salud, sesiones familiares. Elaborar historias clínicas y notas clínicas de los pacientes atendidos y anexarlos al expediente. Estas actividades se realizaron en el cubículo que por primera ocasión fue designado para las residentes de Medicina Conductual; logrando con ello que nuestras intervenciones fueran tomadas como parte importante en el tratamiento del paciente oncológico.
- **HOSPITALIZACIÓN-** Se identificaron diariamente durante el **PASE DE VISITA** a los pacientes y familiares que requerían el apoyo psicológico. Se realizaron las entrevistas de valoración y se llevaron a cabo las intervenciones.
- **URGENCIAS ONCOLÓGICAS, SALA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA Y SALA DE RADIOTERAPIA-** Se atendió a los pacientes que a solicitud del personal médico y de enfermería requiriera de intervención en crisis debido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio o a los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia.

## **ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE**

- **CLASES DE ONCOLOGÍA-** Asistir diariamente a clases a las siete de la mañana junto con los residentes de cirugía oncológica, adscritos y jefe de servicio. Objetivos: 1) aprender y conocer lenguaje, padecimientos oncológicos y tratamientos; y 2) sensibilizar al equipo médico a la presencia de las psicólogas como parte del equipo de salud y del servicio. Los módulos del programa de cirugía oncológica que se impartieron para ese año se encuentran en el anexo 6.
- **CLASES CON EL JEFE DE PSIQUIATRÍA-** Asistir los martes con el jefe de psiquiatría y psicología Dr. Ricardo Gallardo para revisar la técnica de entrevista desde una perspectiva psicodinámica.

- **SUPERVISIÓN-** Asistir a supervisión los días y horas señaladas con la Mtra. Bertha Molina Zepeda supervisora in situ para:
  1. Recibir información general de las políticas del hospital y su funcionamiento administrativo.
  2. Tomar clases teóricas acerca de las técnicas cognitivo-conductuales haciendo énfasis en la TCC y la TRE.
  3. Supervisión de casos de los residentes de Medicina Conductual de los diferentes servicios utilizando el modelo cognitivo-conductual particularmente en la terapia cognitiva de Aaron T. Beck y la terapia racional emotiva de Albert Ellis.
  4. Apoyar al Servicio de Psicología y Psiquiatría en la aplicación y calificación de pruebas de los candidatos a las residencias del Hospital Juárez de México durante las fechas programadas.
  5. Entregar mensualmente y de forma individual el reporte de productividad alcanzado. La productividad alcanzada por la autora del presente informe fue : (ver tabla 3).
  
- **SESIONES DE CASO CLÍNICO-** Asistir todos los miércoles a las sesión de caso clínico del servicio de Psicología y Psiquiatría realizadas con el jefe del servicio, los psicólogos adscritos y los residentes de Medicina Conductual. Participar en la discusión del caso que se presente y de acuerdo con el calendario programado presentar un caso clínico.

Asistir los miércoles al auditorio principal del hospital a la sesión general de caso con la finalidad de aumentar el conocimiento acerca de otras enfermedades.

Tabla 3. Productividad reportada en el segundo año de residencia en Medicina Conductual como resultado de rotación en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México.

Total de pacientes atendidos	Mujeres	Hombres
595	81%	19%
<b>Distribución de los pacientes atendidos por servicio</b>		
Servicios oncológicos	Porcentaje	
Gineco-onco	33%	
Tumores mixtos	29%	
Cabeza y cuello	13%	
Mama	25%	
<b>Distribución de pacientes (hombres y mujeres) atendidos por rango de edad</b>		
Rango de edad	Porcentaje	
10 a 20	13 %	
21-30	6 %	
31-40	24%	
41-50	27%	
51-60	20%	
61-70	7%	
71-80	2 %	
81-90	1 %	
<b>Distribución de morbilidad con respecto a los padecimientos atendidos</b>		
TX ESTADO DE ANIMO	30%	
TX ANSIEDAD	31%	
TX ADAPTATIVO	32%	
OTROS PROBLEMAS	7 %	

## EVENTOS ACADÉMICOS NO PROGRAMADOS

Asistir a seminarios, talleres y congresos para conocer los trabajos, intervenciones e investigaciones que se realizan actualmente en la psicología:

- *“1ER SIMPOSIO DE PSICOONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO”* que se llevó a cabo en el mismo hospital con una duración de 30 horas.
- *Curso-taller “HUMANIZACIÓN EN LA ENTREGA DE NOTIFICACIONES DE VIH/SIDA Y OTROS DIAGNÓSTICOS”* realizado en el Hospital General de México con duración de 8 horas.

- *CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD (APICSA)* que se llevó a cabo en la FES Iztacala con duración de 40 horas.

## **ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS**

- Coautora de la investigación “Mitos conceptuales del cáncer, factores relacionados con la adherencia terapéutica” (elaboración de instrumentos, aplicación, análisis de resultados y su exposición en el *CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD (APICSA)* que se llevó a cabo en la FES Iztacala).
- Colaboración con el servicio de Clínica de Ostromías como profesora con las ponencias “*CALIDAD DE VIDA, UNA DECISIÓN ANTE EL CAMBIO*” y “*ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO*”.
- Apoyar en el Servicio de Pediatría realizando intervención en crisis con pacientes con insuficiencia renal y cáncer durante uno de los períodos vacacionales del residente asignado a ese servicio.
- Participación como coterapeuta en sesiones grupales de educación para la salud llevadas a cabo en el servicio por una de las psicólogas adscritas dirigidas a pacientes con reciente diagnóstico de cáncer de mama.
- Participación en la elaboración del “Manual de Normas y Procedimientos de la Residencia en Medicina Conductual”.
- Intervención breve con algunos de los residentes de cirugía oncológica para la adquisición herramientas y el desarrollo de habilidades que les permitiera optimizar sus técnicas de estudio y su desempeño profesional dentro del hospital.

## LOGROS Y METAS ALCANZADAS POR LA RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL

- Lograr la consolidación de la psicóloga residente en medicina conductual como parte del equipo de salud (médicos, enfermeras y trabajo social) para poder brindar atención integral al paciente oncológico y a su familia.
- Conseguir un espacio físico dentro del servicio de oncología destinado para la atención psicológica (intervención en crisis, entrevistas, evaluaciones, psicoterapia).
- Ganar el interés y la confianza del personal del servicio hacia mi trabajo profesional favoreció el haber podido tener acceso a: fuentes de datos estadísticos, disponibilidad de espacios físicos para brindar atención psicológica (individual y grupal) y la participación del personal para la canalización de los pacientes que formaron parte de la investigación desarrollada.
- Elaborar programas de intervención (individual y grupal) para resolver los problemas psicológicos que los pacientes presentaron a partir de su problema orgánico.
- Capacidad de generar métodos y procedimientos para el diagnóstico, la intervención, la prevención y la investigación.
- Desarrollar la habilidad para integrar los conocimientos teóricos adquiridos a las necesidades institucionales y establecer las estrategias de tratamiento psicológico aplicando y/o adecuando las técnicas, los procedimientos y los instrumentos que permitieran mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.
- Adquirir conocimientos teóricos necesarios de las enfermedades crónicas degenerativas (causas, consecuencias, formas de prevención, tratamientos, complicaciones, efectos secundarios, etc.) para poder brindar educación para la salud a los pacientes y sus familias y ayudar a incrementar la comunicación entre el equipo de salud y el paciente oncológico.
- Participar como profesora y ponente en cursos y congresos.

- Concluir mi capacitación profesional desarrollando las competencias profesionales y laborales que me permitieron llevar a cabo exitosamente mi actividad profesional dentro de la sede; y me capacitaron para poder insertarme al ámbito laboral.

## **RECOMENDACIONES**

- Mayor difusión en los hospitales sede sobre el trabajo que el psicólogo especialista en medicina conductual realiza con pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Darle continuidad a los trabajos realizados en los servicios.
- Promover la investigación interdisciplinaria y difundirla en espacios no sólo de interés psicológico sino de salud en general.
- Ampliar el conocimiento de los residentes en medicina conductual sobre temas como: muerte, cuidados paliativos, burnout, dolor crónico; a través de cursos, seminarios, talleres.
- Mantener constante la supervisión clínica con un enfoque cognitivo-conductual.
- Aprovechar la experiencia de los egresados de la maestría para que brinden apoyo tanto a nivel teórico como práctico a las nuevas generaciones.