

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VALORACIÓN Y MANEJO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON CÁNCER:  
CUATRO ESTUDIOS DE CASO.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**CECILIA SALDAÑA FENTANES**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

REVISOR: DR. ARIEL VITE SIERRA

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIA

*“A Felipe, a Don Salomón y a todas las personas  
que a través de su vivencia con el cáncer,  
su cariño y su enseñanza,  
se convirtieron en estrellas que iluminaron  
y dieron vida a este trabajo.”*

## AGRADECIMIENTOS

A mis papás, por ser mis maestros de vida y mi principal apoyo en todo lo que realizo. Por su amor, cariño y confianza, que me han permitido ser lo que soy.

A Gaby, mi hermana, por ser mi mejor amiga y mi ejemplo a seguir. Por todas tus enseñanzas, todo el amor, el apoyo y el impulso que siempre me has dado a lo largo de mi vida

A mis abuelitos y mi familia, por ser mis raíces y mi sostén. Por las palabras de ánimo y aliento que siempre me han proporcionado energía y fuerza para crecer.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios, por darme la formación y las oportunidades para crecer profesional y personalmente.

Al Dr. Juan José Sánchez-Sosa por ser uno de mis principales ejemplos a seguir, por su enseñanza y su energía, pero sobre todo por la confianza que puso en mí para poder realizar este trabajo.

A la Dra. Angélica Riveros, por ser como mi ángel guardián en este proceso, por todo el apoyo, la asesoría y el impulso que me dio para poder iniciar y terminar este proyecto.

A mi asesor y mis sinodales, porque gracias a su experiencia, su tiempo y su labor, me ayudaron a darle forma y embellecer este trabajo que para mí significó una experiencia de vida.

A Héctor Velázquez por tu cariño, alegría, apoyo y escucha. Sin ti, este proceso hubiera sido más largo y difícil. Pero sobretodo por ser uno de los mejores amigos que he encontrado en mi camino.

A Olga, por ser una hermana y una compañera de vida. Por tus palabras, tus consejos, tu apoyo y todo el cariño que me has dado. Por ser como eres y estar a mi lado en los momentos de mayor alegría, pero también de mayor dificultad.

A Eugenia, por estar a mi lado, por ser una de mis mejores amigas y por todo el apoyo que me has dado desde que te conocí.

A Liliana, por tu gran amistad y por ser uno de mis principales apoyos en los momentos más difíciles de mi vida

A mis amigos y amigas:

Jania, Nubia, Arlette y Marco, que desde la secundaria han sido mis mejores amigos. Su presencia y sus palabras siempre son una fuente de energía y cariño. Gracias por seguir a mi lado.

Selene, Elena, Lulú, Ana, Lucy, Ernesto y Pedro: sin ustedes la Universidad no hubiera sido tan mágica como lo fue. Gracias por estar a mi lado y permitirme crecer junto a ustedes.

Rodrigo, Pau y Enrique, que desde segundo semestre entraron a mi vida y me dieron su amistad, apoyo y cariño.

Carlos, Brenda, Isa y todos los que han pasado por el cubo, gracias por sus porras, su amistad, su impulso y energía. Sin ustedes, esta tesis no sería lo que es.

Raúl, Gerardo y Alberto, por compartir conmigo una de mis principales pasiones en la vida, por darme su amistad y porque con su alegría y cariño me han dado energía y fuerza cuando más las necesito.

A Castel, por tu escucha y porque gracias a ti, he podido encontrar la fuerza que hay en mí para salir adelante.

A “Casa de la Amistad para Niños con Cáncer”, en especial a Diana, Reina, Claudia, Karla y Mayra, que junto con todos los niños y sus papás sembraron en mí la semilla que me permitió iniciar este proyecto. Por todo lo que aprendimos juntas y por todo lo que nos hace falta aprender. Gracias

A mis pacientes, por toda la enseñanza que han dejado en mí, por su confianza y por ser uno de mis principales motivos para prepararme, formarme y crecer profesionalmente.

Y por último, GRACIAS Edgar, porque con tu amor, tu compañía y tu ser, me has ayudado a realizarme como mujer y como persona. Por compartir tu vida conmigo, por ser mi mejor amigo y uno de mis principales motores para crecer. Porque gracias a ti, a tu escucha, a tu abrazo en el momento oportuno, a tus palabras de ánimo y a tu cobijo, este proyecto cobró vida.

A todos ustedes, y todos los que no mencioné, pero que han formado parte de este proceso y de mi vida: GRACIAS. Porque sin ustedes no sería la persona que soy y que hoy termina uno de los caminos iniciales que me permitirán continuar este viaje que se llama vida.

GRACIAS!!!

# INDICE

	PÁGINA
Resumen .....	1
Abstract .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
I. CÁNCER .....	6
1.1 Definición .....	6
1.2 Génesis del cáncer .....	6
1.3 Epidemiología .....	9
1.4 Etiología .....	13
1.5 Tratamiento del cáncer.....	16
1.5.1 Efectos del tratamiento médico .....	22
1.6 Algunos tipos de cáncer.....	24
1.6.1 Condrosarcoma.....	24
1.6.2 Cáncer de vesícula biliar .....	25
1.6.3 Cáncer de tiroides .....	26
1.6.4 Cáncer de mama.....	28
1.7 Metástasis .....	31
II. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER.....	32
2.1 Efectos psicológicos y sociales .....	32
2.1.1 Fase de diagnóstico .....	35
2.1.2 Fase de tratamiento .....	38
2.1.3 Fase terminal .....	39
2.1.4 Fase de sobrevivencia.....	42
2.2 Reacciones emocionales frente a la enfermedad .....	43
III. MÉTODO .....	47
3.1 Diseño .....	47
3.2 Participantes .....	47
3.3 Escenario .....	49
3.4 Instrumentos .....	50
3.5 Variables .....	51
3.6 Procedimiento .....	52
3.7 Intervención .....	53

IV. RESULTADOS .....	57
4.1 Resultados por paciente .....	58
Paciente 1 .....	58
Paciente 2 .....	64
Paciente 3 .....	69
Paciente 4 .....	75
4.2 Resultados globales .....	81
V. DISCUSIÓN .....	90
REFERENCIAS.....	101
ANEXOS .....	113
Anexo I. Inventario de Calidad de Vida y Salud .....	114
Anexo II. Inventario de Depresión de Beck .....	123
Anexo III. Inventario de Ansiedad de Beck.....	125
Anexo IV. Cuadernillo de Autorregistro .....	127
Anexo V. Consentimiento Informado .....	128



## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos de control y presentan un crecimiento desordenado. Constituye un proceso que provoca daños en el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede llegar a producir la muerte. El número de personas a las que se les diagnostica cáncer y necesitan que se les prodiguen cuidados aumenta. Por estas razones, el propósito del presente estudio consistió en determinar los efectos que tiene la enfermedad del cáncer en la calidad de vida y el bienestar del paciente, así como examinar los efectos de una intervención psicológica con el fin de preservar el bienestar emocional y la calidad de vida en los pacientes y disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa. Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila); para la sintomatología depresiva y ansiosa los respectivos Inventarios de Beck y un cuadernillo de autorregistro y control diario para monitorear la sintomatología física y emocional. La intervención se realizó de manera individual con cuatro pacientes de cáncer, en cualquier fase de la enfermedad; en sesiones de una hora aproximadamente, con una frecuencia de una o dos veces por semana y en el hogar de los mismos. Se utilizó un diseño de  $N = 1$  con mediciones antes y después de la intervención. Los resultados revelaron que todos los participantes mostraron efectos positivos y favorables al final de la intervención, en los límites de lo esperable dado el tipo de cáncer, la fase de la enfermedad, el tratamiento y su sintomatología física. Con respecto a la calidad de vida, la ansiedad y el bienestar emocional hubo mejoría significativa; y efectos modestos en depresión en pacientes con pronóstico negativo como recaída o muerte inminente. Los resultados indican que la calidad de vida es una variable susceptible al cambio a través de intervenciones cognitivo-conductuales.

## ABSTRACT

Cancer is a chronic-degenerative disease triggered by the loss of the ability by the cells in the organism to control their growth, and therefore grow in a chaotic manner. It involves a process which leads to generalized damage to the individual's biological, psychological and social functioning and may lead to the person's untimely death. The incidence of persons with cancer is increasing as is the need to provide medical and psychological care. Thus one purpose of the present study involved ascertaining and assessing the effects of cancer on the patient's Quality Of Life (QOL) and wellbeing. Another purpose involved examining, through a case study approach, the effects of a psychological intervention aimed at preserving and improving the patients' emotional wellbeing as well as decreasing anxious and depressive symptoms. QOL was assessed through the Quality of Life and Health Inventory (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Aguila); Anxiety and depression were measured through the corresponding Spanish-language version of Beck's inventories, and a self-recording booklet expressly developed for the study was used to measure physical and other emotional symptoms. Participants included four adults, three women and one man, aged 30 to 75 years, with diverse types of cancer confirmed diagnostic at different stages of the disease. The intervention involved individual sixty-minute sessions conducted in each patient's residence once or twice a week through a N=1 pre-post design. Results revealed clinically significant improvement in all four participants in nearly all measures within the expected limits of the severity of each patient's type of cancer, disease stage, nature of treatment and specific physical symptoms. Regarding QOL, anxiety and emotional wellbeing improvement was clinically significant in all participants. The effects on depression were modest in those patients with poor prognostic or were in close to terminal state. Results indicate that QOL is a relevant psychological variable susceptible of positive change by means of cognitive-behavioral treatments

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema mundial de salud pública. Representa la segunda causa de muerte en los países desarrollados y, en los países en desarrollo, figura entre las tres principales causas de muerte en adultos (Organización Mundial de la Salud, OMS; Unión Internacional Contra el Cáncer, UICC, 2005). Afecta a personas de todas las edades y condiciones: niños, jóvenes y ancianos; ricos y pobres, hombres y mujeres.

El curso del cáncer es difícil de predecir debido a las diferencias en el pronóstico, el tratamiento, los efectos del tratamiento, la rapidez de deterioro, los síntomas y la invalidez física que presenta cada paciente.

Las medidas terapéuticas capaces de detener el crecimiento tumoral y erradicarlo en mayor o menor medida dependen del tipo de tumor, su localización, tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas del huésped. La existencia de diferencias terapéuticas ante casos aparentemente similares, ocasionan en los pacientes con cáncer, una gran incertidumbre sobre el curso de la enfermedad y la expectativa de un periodo de sufrimiento y eventualmente, la muerte (Couzijn, Ros & Winnubst, 1990).

La evolución de la enfermedad, desde el momento de su diagnóstico hasta llegar a un desenlace, fatal o no, tiene un impacto importante en la calidad de vida de las personas (Latorre & Beneit, 1994), misma que se define como: “la percepción de los individuos de su posición de vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores, en la cual ellos viven y en relación a sus

metas, expectativas, estándares e intereses” (Power, Bullinger & Harper, 1999).

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, en cualquier etapa, es una necesidad humanitaria. El número de personas a las que se les diagnostica cáncer y necesitan que se les prodiguen cuidados aumenta. A muchas de ellas, especialmente en los países menos desarrollados se les diagnostica la enfermedad en fases muy tardías. En esos casos el mejor tratamiento lo constituyen los cuidados paliativos, que incluyen el apoyo físico, psicosocial y espiritual con el fin de mejorar considerablemente su calidad de vida y la de sus familias, evitando sufrimientos innecesarios. (Acción Mundial Contra el Cáncer, AMCC, 2005)

Aunque tradicionalmente las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad eran tarea exclusiva de los médicos. Actualmente, la literatura de investigación señala que se pueden mejorar significativamente dichas acciones al tomar en cuenta el aspecto conductual, que abarca los tres componentes del funcionamiento humano: emocional, cognitivo e instrumental. En consecuencia, el psicólogo puede incrementar la eficacia de los tratamientos médicos a través de la evaluación y la modificación del componente conductual (Rodríguez, 2003).

Debido a esto el propósito central de este trabajo consistió en realizar una valoración integral, que abarcó las variables de depresión, ansiedad, calidad de vida, malestar físico y emocional, así como el tratamiento psicológico del paciente con cáncer, el cual repercute en su bienestar y calidad de vida en las diferentes etapas de la enfermedad y del tratamiento.

A continuación se hará una breve descripción de lo que contiene cada capítulo para facilitar la consulta de dicho trabajo:

En el capítulo I, CÁNCER, se mencionan los aspectos generales y particulares de la enfermedad del cáncer y su tratamiento, así como las características y síntomas específicos del tipo de cáncer en los pacientes reportados.

En el capítulo II, EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER, se hace una revisión, según diferentes autores, de las respuestas emocionales y psicosociales que presentan los pacientes con cáncer, en las diferentes fases de la enfermedad.

En el capítulo III, MÉTODO, se realiza una descripción de cada uno de los elementos utilizados para realizar la presente investigación, de acuerdo al diseño utilizado: N=1 (Kerlinger & Lee, 2001).

En el capítulo IV, RESULTADOS, se muestran los datos obtenidos de forma individual, precedidos de una línea del tiempo y una descripción de las características importantes del caso; así como los resultados a un nivel general, haciendo una comparación entre los cuatro diferentes pacientes.

Por último, en el capítulo V, DISCUSIÓN, se muestran los efectos de la intervención, las conclusiones y sugerencias, así como las limitaciones de la investigación realizada.

# I. CÁNCER

## 1.1 DEFINICIÓN

El cáncer es una enfermedad crónico degenerativa ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos de control y presentan un crecimiento desordenado (Huerta & Corona, 2003). Constituye un proceso que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede llegar a producir la muerte (Ascencio, 2001).

El cáncer se define como una enfermedad sistémica, término que la califica en el sentido de incidir de forma amplia y difusa sobre un gran número de aparatos y sistemas del organismo, afecta a las células debido a mutaciones de su material genético, que alteran el control del crecimiento celular, haciéndose éste de una forma anárquica, rápida e incontrolada, lo que conduce a la aparición de una masa celular llamada tumor. La masa tumoral, formada por el acumulo de millones de células mutadas crece progresivamente dentro de un órgano o víscera, invadiendo tejidos vecinos. Posteriormente, sus elementos se diseminan a distancia a través de la corriente sanguínea o linfática, colonizando en áreas alejadas del tumor inicial (Aguiar & Aguiar, 1999).

## 1.2 GÈNESIS DEL CÁNCER.

Las células normales del organismo, se caracterizan por tener una serie de propiedades fisico-químicas, morfológicas, biológicas, funcionales y estructurales concretas, las cuales son idénticas para un tejido y órgano determinado. La forma de estas células,

su tamaño, funciones, crecimiento y reproducción, están perfectamente reguladas y hasta su muerte está programada por una secuencia biológica.

Toda esta información, personalizada y específica para las células de cada tejido, está codificada en el material genético de los cromosomas, transmitiéndose todas las características de forma idéntica desde los progenitores hasta las células hijas.

Cuando un agente causal de la enfermedad incide sobre una célula normal, produce una serie de cambios en su material genético a nivel molecular que le hace perder todas o parte de sus características normales, provocando una mutación y otro tipo de alteración genética. Es una variación profunda de alguna o varias de las estructuras donde se codifican las proteínas que gobiernan las propiedades fundamentales de la célula, la cual escapa al control de su huésped, convirtiéndola a ella y a sus descendientes en un clon biológicamente incontrolado, cuyo desarrollo permanecerá en el futuro fuera de toda posibilidad de dominio por parte de los mecanismos habituales de control molecular.

Las células pierden su morfología, propiedades funcionales y varían su tamaño. Su crecimiento y reproducción se realizan a una velocidad muy superior a la normal y en definitiva, se vuelven autónomas e independientes de sus congéneres celulares normales. Los cambios mencionados, se transmiten de forma sucesiva de padres a hijos en las células mutadas, de tal forma, que la transmisión llega a ser irreversible en un momento determinado, cuando el número y calidad de las mutaciones adquieren un punto crítico.

Progresivamente, se acumula un mayor número de células y el tumor va duplicando su volumen. A lo largo de su crecimiento, la masa tumoral adquiere una nueva propiedad llamada *invasión*, mediante la que se capacita para destruir por continuidad los tejidos vecinos, merced a la fabricación de enzimas y otras sustancias similares.

Mientras tanto, desde la masa inicial del tumor se desprenden células cancerosas, las cuales atraviesan la membrana basal que protege los epitelios, introduciéndose en la corriente sanguínea a favor de la cual, emigran a territorios lejanos colonizando, en forma de focos tumorales secundarios, llamados metástasis, que poseen las mismas propiedades y características que el tumor primario (Berrocal, Jalón, González Barón, 1992).

Las metástasis pueden emigrar también por los vasos linfáticos hacia regiones ganglionares cercanas (regionales) o alejadas del tumor. Por la vía sanguínea las células tumorales pueden abordar directamente un órgano vital (cerebro, hígado, pulmón, etc.) lo que implica un peor pronóstico evolutivo, mientras que por la vía linfática terminan deteniéndose en una estación ganglionar más o menos cercana al tumor, dependiendo de su localización y de la riqueza y disposición de la red vascular linfática. En determinadas áreas anatómicas, pueden existir vías de cortocircuito y drenaje mixto, sanguíneo y linfático, por lo que en la práctica la diseminación suele producirse de forma bidireccional.

Estos dos hechos, *invasión* y *metástasis*, son fenómenos de mal pronóstico en la Historia Natural de una neoplasia (cáncer), deja de ser un tumor localizado para convertirse en un cáncer diseminado, en el que las posibilidades de tratamiento eficaz

disminuyen respecto a la enfermedad localizada en el órgano de origen (Aguiar, Bohn, Aguiar, 1999).

### 1.3 EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer es un problema de salud pública en todo el mundo, es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y en los países en desarrollo figura entre las tres principales causas de muerte de los adultos.

En el año 2002, el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y se diagnosticaron 10.9 millones de nuevos casos. Para ese mismo año 24.6 millones de personas vivían con cáncer. Se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer sea la primera causa de muerte en los países desarrollados; y que en el 2020 el cáncer podría matar a 10.3 millones de personas (Internacional Agency for Research on Cáncer, IARC; Globocan, 2002).

Se estima que 4 de cada 10 mexicanos desarrollarán alguna forma de cáncer y 1 de cada 5 morirá por esta causa. Actualmente ocupa el segundo lugar como causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y representa el 11% del total de muertes ocurridas (Instituto Nacional de Cancerología, INCAN; 2003).

A nivel mundial, el cáncer más frecuente es el de pulmón (1.352.000 casos), seguido del de mama (1.151.000), los colorrectales (1.023.000), estómago (933.000), próstata (679.000), hígado (626.000), cérvix (494.000) y esófago (462.000). Pero hay

grandes diferencias entre ambos sexos y entre países más y menos desarrollados. Los cánceres más frecuentes en el sexo femenino son (por este orden) los de mama, cérvix, colorrectales y pulmón. En el masculino los de pulmón, próstata, estómago y colorrectales (Globocan, 2002; 2005).

Según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (RHNNM), la distribución de casos de neoplasias malignas por topografía en hombres es:

<b>Lugar</b>	<b>Localización</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
1	Glándula Prostática	3,674	14.2
2	Estómago	1,620	6.3
3	Ganglio Linfático	1,566	6.1
4	Tejidos Blandos	1,332	5.2
5	Testículo	1,233	4.8
6	Tráquea, Bronquios y Pulmón	1,139	4.4
7	Vejiga Urinaria	1,136	4.4
8	Laringe	842	3.3
9	Encéfalo	702	2.7
10	Riñón y otros órganos urinarios	660	2.6

Y la distribución de casos de neoplasias malignas por topografía en mujeres:

<b>Lugar</b>	<b>Localización</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
1	Cuello del Útero	15,749	33.2
2	Mama	7,791	16.4
3	Ovario	1,684	3.5
4	Cuerpo del Útero	1,432	3.0
5	Estómago	1,258	2.7

6	Glándula Tiroides	1,211	2.6
7	Ganglios Linfáticos	1,179	2.5
8	Tejidos Blandos	1,080	2.3
9	Vesícula Biliar y Vías Intra hepáticas	763	1.6
10	Colon	728	1.5

(RHNNM, 1995)

En México, la tasa de mortalidad por cáncer es 45.3%, más del doble de la considerada para los EUA. El 80% de nuestros enfermos padecen cáncer avanzado y 85% de ellos morirán por la enfermedad (Torrecillas, Allende & Clemenceau, 2001). En 1995 constituyó la segunda causa de muerte, con 48,222 decesos, el 11.2% del total de muertes (RHNNM, 1995).

La distribución por edad de acuerdo al sexo muestra, en el sexo masculino, el primer lugar en el grupo de 75 años y más, con el 20%, seguido por el de 60 a 64 con el 11.8%. En las mujeres también fue el grupo de 75 años y mayores el más elevado con el 11.5% seguido por el grupo de 45 a 49 años con el 11.2% y después el grupo de 40 a 44 años (10.0%). La incidencia del cáncer en nuestro país es de 64.7% en mujeres y 35.3% en hombres (RHNNM, 1995).

En los expedientes clínicos del Registro Hospitalario de Cáncer en el INCan, se registraron 19 264 neoplasias malignas confirmadas histológicamente. En hombres se presentó el 35.4% de casos, siendo los tumores de mayor frecuencia: testículo (3.9%), próstata (2.7%), estómago (2.1%) y otras neoplasias malignas de piel (2.1%). En mujeres fue el 64.6% de casos, con las siguientes frecuencias: mama (17.5%), cuello uterino (14.7%),

ovario (3.9%) y otras neoplasias malignas de piel (2.9%). La razón hombre/mujer fue 1:1.8 casos.

Por grupo de edad, el 24.3% ocurrió en menores de 40 años y el 40.1% fue de 40 a 59 años. En cuanto al sexo y grupo de edad, en hombres el más afectado fue el de mayores de 70 años (7.1%), y en mujeres fue el de 40 a 49 años (15.3%) (Rizo, Sierra, Vázquez, Cano, Meneses & Mohar, 2007).

Las cinco principales causas de muerte por cáncer en orden de importancia tanto en hombres como en mujeres son: cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de páncreas (American Cancer Society, 2006).

A pesar de esto, se ha logrado un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer. Detectados precozmente los cánceres como el de mama, cuello uterino, próstata, colon y piel tienen un pronóstico altamente favorable (IARC, Globocan, 2002; OMS, 2004).

Los cánceres con peor pronóstico (en todos los países) con menos del 20% de supervivencia a los 5 años, son los de pulmón, esófago, estómago e hígado. Los cánceres con mejor pronóstico (en países desarrollados), con más del 70 % de supervivencia a los 5 años, son los de próstata, mama y cuerpo de útero. Los tumores colorrectales tienen una supervivencia de alrededor del 55% en países desarrollados (OMS, 2004).

## 1.4 ETIOLOGÍA

Uno de los avances más significativos en los últimos años en la lucha contra el cáncer, ha sido la comprensión de los procesos que originan su aparición. La investigación en cáncer ha permitido conocer acerca de los mecanismos biológicos fundamentales subyacentes del crecimiento celular y su regulación, así como el manejo del cáncer en variedad de formas.

A las circunstancias implicadas en el desarrollo del proceso neoplásico se les llaman factores o agentes causales, los cuales pueden ser de naturaleza exógena o endógena. Los factores exógenos representan más del 75% de las causas de cáncer y son modificables y previsibles, lo que permite evitar y/o detectar tempranamente el cáncer, y el estudio fundamental para la modificación de los patrones de conducta de los ciudadanos, minimizando los riesgos de exposición a los diversos carcinógenos y así, disminuir las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer (Bosch, 1990).

Por el contrario, los factores endógenos son difícilmente controlables. Entre ellos están los factores genéticos, endocrinometabólicos e inmunológicos, que representan el 25% de todas las causas de cáncer. En la tabla I se presentan los factores causales de cáncer (Romero, 1999).

TABLA I. Factores causales de cáncer

Agentes	Cáncer relacionado
<i>I) Agentes ambientales</i>	
<i>aislados:</i>	
Aflatoxinas	Hígado y vías biliares
Asbesto	Pulmón, mesoteliomas, laringe y

---

	Tubo Gastro-Intestinal (TGI)
<p><i>II) Exposición a complejos mixtos:</i></p> <p>Mezcla de compuestos de hidrocarburos aromáticos policíclicos</p> <p>Fundición de hierro y acero</p>	<p>Piel, escroto, tractos urinario y respiratorio</p> <p>Pulmón, leucemia, TGI y genitourinario</p>
<p><i>III) Drogas y hormonas sexuales</i></p> <p>Medicamentos: Clorambucil, ciclofosfamida, melfalán, nitrosoureas, thiotepa, treosulfán</p> <p>Azatioprine</p> <p>Hormonas exógenas; esteroides, dietilbestrol, progesterona y andrógenos</p>	<p>Leucemias, linfomas, vejiga, sarcomas, melanomas, TGI, tiroides y cerebro</p> <p>Linfomas</p> <p>Vagina, cérvico-uterino y testículos</p>
<p><i>IV) Radiación:</i></p> <p>Radiación ionizante</p> <p>Radiación ultravioleta</p>	<p>Leucemias, mama, pulmón, tiroides, TGI, hígado, óseo, páncreas, piel, riñón, vejiga.</p> <p>Piel</p>
<p><i>V) Tabaco</i></p>	<p>Pulmón, cavidad oral y nasal, faringe, laringe, esófago, cérvico-uterino, riñón, páncreas, estómago hígado</p>
<p><i>VI) Alcohol</i></p>	<p>Cavidad oral y nasal, faringe, laringe, esófago, hígado, estómago, recto, páncreas, mama</p>

---

---

<i>VII) Virus y otros agentes biológicos</i>	
Herpes simple tipo II	Cérvico-uterino
Epstein Barr	Nasofaríngeo
<i>VIII) Dieta:</i>	
Rica en grasas	Colorrectal, mama, próstata, endometrio, ovario
Rica en proteínas	Colorrectal, mama, esófago
<i>IX) Polución (del agua y del aire)</i>	
	Pulmón y otros
<i>X) Hormonas endógenas, factores reproductivos y conducta sexual</i>	
	Mama, cérvico-uterino, endometrio, ovario, colon, pene, próstata
<i>XI) Factores psicológicos (por impacto neuroendocrino e inmunológico del estrés y factores personales)</i>	
	Todos
<i>XII) Factores socioeconómicos (estilos de vida poco saludables, atención médica deficiente o nula, falta de higiene, etc)</i>	
	Todos

---

El principal factor de riesgo es la edad o el **envejecimiento**, ya que dos terceras partes de todos los cánceres ocurren en personas mayores de 65 años. El segundo factor de riesgo es el **tabaquismo** y le sigue la **dieta**, la falta de **ejercicio físico**, la exposición solar, y otros **estilos de vida** poco saludables. Aunque el mecanismo de

producción del cáncer subyace en los **genes**, sólo un pequeño porcentaje de los cánceres son una **enfermedad hereditaria** (Romero, 1999). Esto implica que la mayoría de los cánceres son ocasionados por conductas potencialmente modificables como es el caso del tabaquismo, la exposición al sol, etc.

## 1.5 TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Las medidas terapéuticas capaces de detener el crecimiento tumoral y erradicarlo en mayor o menor medida, son de variada naturaleza y su aplicación depende del tipo de tumor, su localización, tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas del huésped. (Gómez-Sancho, 1999).

La situación de tratamiento abarca generalmente, lo que clínicamente son las etapas de: inducción, remisión, mantenimiento, reinducción, mantenimiento final y vigilancia.

- **Terapia de Inducción:** Es el primer paso para reducir el tumor y evaluar la respuesta a los medicamentos y otras sustancias. Se administra para reducir los signos y síntomas del cáncer, o hacerlos desaparecer. Después de la terapia de inducción se administra tratamiento adicional para eliminar cualquier resto que quede del cáncer.
- **Remisión:** Disminución o desaparición de los signos y síntomas de cáncer. En el caso de la remisión parcial, algunos signos y síntomas de cáncer han desaparecido, pero no todos ellos. En el caso de la remisión completa, todos los signos y síntomas de

cáncer han desaparecido, pero el cáncer todavía puede estar en el cuerpo; por este motivo remisión no es lo mismo que curación.

- **Terapia de Mantenimiento:** Tratamiento administrado para ayudar a que un tratamiento primario (original) continúe teniendo efecto. A menudo, la terapia de mantenimiento se administra para ayudar a mantener el cáncer en remisión.

- **Reinducción:** Conseguida la remisión, queda destruir la totalidad o la mayor parte de la enfermedad residual, para que no vuelvan a crecer las células cancerígenas y producir una recaída. Esto se intenta con la intensificación o modificación de los medicamentos.

- **Mantenimiento final:** Se refiere al mismo proceso de mantenimiento que le permitirá al paciente mantener el cáncer en remisión y en un futuro pasar a la etapa de vigilancia.

- **Vigilancia:** esta etapa inicia cuando se ha finalizado el tratamiento, y sólo se debe asistir a revisiones periódicas.

Aún, cuando hay una etapa específica de tratamiento, cada una de ellas conlleva secuelas distintas dependiendo del paciente y del tipo de intervención médica.

Al existir diferencias terapéuticas ante casos aparentemente similares, se crean ansiedad y confusión entre el paciente y sus familiares, y por eso debe aclararse, que a cada caso, le corresponde un tratamiento diferente (Gómez-Sancho, 1999).

De acuerdo con Denoix, 1973; Devita, et al., 1988; Hossfeld, et al., 1992, Harrison, 1998; Díaz-Rubio & García Conde, 2000, los principales tratamientos son:

- La cirugía

Fue la primera modalidad utilizada en el tratamiento contra el cáncer y consiste en la extirpación del tumor maligno mediante un proceso quirúrgico. Es un método rápido, en ocasiones mutilante de miembros u órganos.

Existen diferentes tipos de cirugía:

- Cirugía diagnóstica: Incluye biopsias y cirugías exploradoras para determinar la patología de la enfermedad.
- Radicalidad: Se extirpa el tejido neoplásico de forma completa, lo que implica la extirpación total del tumor y las estructuras linfáticas de drenaje.
- Cirugía cito reductora: Máxima extirpación posible de la tumoración con el fin de reducir la masa tumoral.
- Cirugía de rescate: Es la opción después de utilizar algún otro tipo de tratamiento o cirugía.
- Cirugía preventiva: Extirpación de las lesiones precancerosas potencialmente malignas.
- Cirugía paliativa: Mejora la calidad de vida mediante la extirpación de un tumor que simplemente reducirá el dolor del paciente, pero no ayudará a favorecer el curso de la enfermedad en cuanto a su recuperación.
- Cirugía reconstructora: Repara algún defecto quirúrgico.

- Radioterapia

Es un tratamiento local, al igual que la cirugía. La radioterapia destruye el tejido canceroso, lesionando en forma mínima el tejido circundante. Esto mediante la administración de radiación ionizante, en forma de rayos X o rayos gamma, en una localización tumoral.

La radioterapia es un medio de transferir energía a los tejidos que están causando el cáncer. El objetivo es destruir el ADN de las células malignas. Se utiliza para reducir el tamaño del tumor, destruir residuos tumorales, en casos en los que no se puede extirpar. La respuesta que se tenga dependerá de la sensibilidad del tumor y de los tejidos de su alrededor.

Se administra en dosis fraccionadas y desde numerosos lugares para disminuir la toxicidad en otros tejidos.

Las secuelas que ocasiona a largo plazo, limitan la cantidad de radioterapia que se administra y pueden producirse mucho después de la aplicación del tratamiento, incluso años. En ocasiones provoca leucemias secundarias y tumores sólidos. También problemas en la piel, náuseas, vómitos, cefalea, diarrea, somnolencia, fiebre y pérdida de apetito (Álvarez, 2003).

- Quimioterapia

La quimioterapia es un procedimiento terapéutico farmacológico, que permite la destrucción de los tumores mediante la administración de fármacos que impiden la reproducción celular o

paralizan su crecimiento, lesionando los ácidos nucleicos o interfiriendo en funciones biológicas vitales para el desarrollo de las células tumorales (Grem, de Carvalho, Wittes & Alegra, 1995).

Los fármacos, se administran en general por vía intravenosa, pudiendo utilizarse la vía oral, subcutánea, intramuscular, intraarterial o intracavitaria, en periodos variables, cada 7, 21 o 28 días o en pautas continuas dependiendo de los protocolos utilizados. A lo largo de su aplicación, se intercalan pausas de descanso entre las sucesivas sesiones (ciclos), para permitir la recuperación de la toxicidad general y la de la médula ósea en particular.

Durante el tratamiento va disminuyendo la masa tumoral, la respuesta puede ser total, llamada respuesta completa, mientras que en otros casos es sólo parcial, dependiendo de la sensibilidad del tumor a los fármacos utilizados, estadio evolutivo, intensidad de la dosis y otros parámetros.

- Hormonoterapia

Hay células tumorales cuyo crecimiento y proliferación dependen de ciertas hormonas, por lo que el tratamiento consiste en aumentar o disminuir ciertas hormonas del cuerpo para controlar el crecimiento celular. Esto se logra mediante dosis fraccionadas tomadas oralmente por el paciente y que provocarán un cambio en sus niveles hormonales.

Cuando de alguna manera, por la disminución o el aumento, se impide esta acción estimuladora de la hormona sobre la

neoplasia, el tumor regresa y se destruye al faltarle la base biológica que condicionaba su promoción y capacidad de proliferación.

En otras ocasiones, la actuación terapéutica no se dirige directamente contra la glándula endócrina. En estos casos, lo que se consigue es el bloqueo de los receptores celulares del tumor mediante fármacos, impidiendo la unión hormona-receptor, con lo que se paraliza la cadena de acontecimientos que llevan al crecimiento y desarrollo tumoral.

La hormonoterapia, se ha convertido en una opción muy interesante con aceptable toxicidad y excelentes respuestas para determinados tumores y situaciones, como el cáncer de mama y próstata en pacientes de edad avanzada, disponiéndose recientemente de fármacos en los que se ha disminuido la toxicidad con mayor eficacia terapéutica (Pérez Manga, 1983).

- Inmunoterapia

Consiste en potencializar el sistema inmunológico del organismo para eliminar las células malignas. La manipulación de la respuesta inmunitaria del huésped al cáncer es un objetivo importante del tratamiento biológico. Es resultado de la interacción de mecanismos de represión celular. Es un tratamiento que produce efectos antitumorales a través de la acción de los mecanismos defensivos naturales del sistema inmunológico. Esta terapia es complementaria.

Por lo anterior se puede observar que el cáncer es una enfermedad que afecta aspectos importantes del funcionamiento. Adicionalmente, su tratamiento también causará una serie de efectos colaterales que pueden afectar la calidad de vida del paciente.

### 1.5.1 EFECTOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Para fines de este trabajo se mencionarán los efectos principales de la quimioterapia, ya que es el tratamiento más utilizado en México.

Desgraciadamente, los fármacos citotóxicos, no distinguen las células y tejidos sanos de aquellos que forman el tumor (ceguera farmacológica), por lo que provocan en los primeros, una serie de efectos secundarios indeseables, que pueden ser leves o potencialmente mortales. Afortunadamente, muchos de estos efectos tóxicos son infrecuentes, pueden ser previsibles, controlables y en su mayoría reversibles.

Los efectos secundarios de la quimioterapia, están relacionados con la ceguera farmacológica, afectando sobre todo las células sanas que se reproducen de forma rápida, de manera similar a como lo hacen las células tumorales. En esta línea se encuentran las células normales de la médula ósea, el epitelio del tubo digestivo y cavidad oral, los folículos pilosos y las células germinales; ocasionando las toxicidades más frecuentes en la práctica por efecto de los fármacos como (Grem, Carvalho, Wittes & Alegra, 1995):

- Depresión hematológica (anemia, leucopenia con o sin neutropenia y trombopenia).
- Alopecia (pérdida del cabello) reversible al final del tratamiento.
- Náuseas y vómito.
- Diarreas o estreñimiento.
- Mucositis. Inflamación en las mucosas, ocasionando vómitos, diarreas, imposibilidad para deglutir y tendencia a sobreinfecciones por hongos en la mucosa oral, cuyas células al descamarse, provocan úlceras rebeldes y muy dolorosas.
- Esterilidad masculina por lesión del epitelio germinal, que puede ser irreversible. La amenorrea en la mujer es frecuente, puede revertirse o ser definitiva.
- Lesiones viscerales (miocardiopatía, nefropatía, neuropatía, fibrosis pulmonar; cistitis intersticial hemorrágica).
- Lesiones de las vías venosas determinada por la alta toxicidad de los fármacos.
- Extravasación (hemorragias internas, moretones).

## 1.6 ALGUNOS TIPOS DE CÁNCER

### 1.6.1 CONDROSARCOMA

El condrosarcoma, que constituye entre 20 y 25% de los sarcomas óseos (0.2% de todas las neoplasias malignas) es un tumor de adultos y ancianos cuya incidencia máxima es en los decenios cuarto a sexto de la vida (0.2% de todas las neoplasias malignas) (Patel & Benjamín, 2005).

Es un tipo de cáncer de hueso que se desarrolla en las células de cartílago. El condrosarcoma afecta principalmente a las células de cartílago del fémur (hueso del muslo), el brazo, la pelvis, la rodilla y la columna vertebral. Aunque con menor frecuencia, también puede afectar a otras áreas, como las costillas (ACS, 2008).

Los síntomas del condrosarcoma pueden variar según la ubicación del tumor. Los más frecuentes son:

- Una gran masa en el hueso afectado.
- Sensación de presión alrededor de la masa.
- Dolor que, suele empeorar por la noche.
- Dolor que, por lo general, no se alivia con el descanso.
- Dolor que puede estar presente durante años e intensificarse paulatinamente

Al igual que otros sarcomas óseos, los condrosarcomas muy malignos metastatizan en el pulmón. La mayor parte de estos tumores son resistentes a la quimioterapia, y el pilar básico del tratamiento es la resección quirúrgica tanto del tumor primario

como de las recidivas, incluidas las metástasis pulmonares (Patel & Benjamín, 2005).

### 1.6.2 CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

La mayor parte de los cánceres de la vesícula biliar se desarrollan en relación con cálculos y son adenocarcinomas. Un adenocarcinoma es un cáncer que comienza en las células que cubren muchas superficies internas y externas del cuerpo, incluyendo el interior del sistema digestivo (ACS, 2008).

La razón de mujeres a hombres es de 4:1, y la edad promedio en el momento del diagnóstico es cercana a 70 años (Dienstaf & Isselbacher, 2005).

El cáncer de la vesícula biliar usualmente se descubre cuando ha llegado a una etapa avanzada y produce síntomas. Sólo un cuarto de los cánceres de la vesícula biliar es descubierto en etapas tempranas. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran: dolor abdominal, la mayoría de las veces este dolor se siente en la parte superior derecha del abdomen; náuseas y vómito; ictericia, que es la condición que le da un color amarillento a la piel, la parte blanca de los ojos y los tejidos del cuerpo; agrandamiento de la vesícula; y algunos síntomas menos comunes incluyen pérdida del apetito, pérdida de peso, hinchazón abdominal, picazón severa y heces fecales negras (ACS, 2008).

Más de 75% de los carcinomas de vesícula son irresecables en el momento de la intervención quirúrgica. Los tumores incidentales de la vesícula biliar que se pueden resear tienen una

supervivencia de 50% a los cinco años. La mortalidad al año en la enfermedad irreseccable es cercana a 95%, y sólo <5% de los pacientes sobreviven cinco años o más desde el momento del diagnóstico. La resección quirúrgica radical no parece mejorar la supervivencia. Los ensayos clínicos de radioterapia y quimioterapia en pacientes con cáncer primario de la vesícula biliar han resultado desalentadores (Dienstaf & Isselbacher, 2005).

### 1.6.3 CÁNCER DE TIROIDES

El cáncer de tiroides representa el 1% de todos los cánceres. La incidencia de los carcinomas tiroideos papilar y folicular aumentan con la edad. La proporción de mujer a hombre es de 3:1. Hay 4 tipos principales de cáncer de la tiroides: papilar, folicular, medular y anaplásico. (Fitzgerald, 2004)

Aquí mencionaremos las características del carcinoma papilar por ser el que afecta a uno de los sujetos del estudio.

El carcinoma papilar es la neoplasia tiroidea más frecuente. Representa casi 76% de todos los cánceres de la tiroides. Por lo general, se manifiesta como un nódulo simple, pero puede originarse a través de un bocio multinodular. Es la neoplasia tiroidea menos agresiva. Alrededor de 80% de los pacientes tiene metástasis microscópicas en los ganglios linfáticos cervicales. A diferencia de otras formas de cáncer, los que tienen cáncer de la tiroides papilar con metástasis ganglionares palpables no presentan mayor mortalidad; sin embargo, sí aumenta el riesgo de

recurrencia local. En 10 a 15% del cáncer de la tiroides diferenciado, ocurren metástasis pulmonares (Fitzgerald, 2004).

El cáncer de tiroides puede causar cualquiera de los siguientes signos y síntomas locales:

- Un bulto o masa en el cuello, que algunas veces crece rápidamente.
- Dolor en la parte frontal del cuello, que algunas veces sube hasta los oídos.
- Ronquera o cambio en la voz que persiste.
- Problemas para tragar.
- Problemas para respirar
- Tos persistente y que no se debe a un resfriado.

El tratamiento consiste en (Díaz-Rubio & García-Conde, 2000):

✓ Cirugía. El tratamiento primario de todas las formas de cáncer de tiroides es la cirugía. Se recomienda extraer toda la glándula, o la mayor cantidad de tejido tiroideo que se pueda extraer de manera segura. Después de la cirugía los pacientes necesitan tomar hormona tiroidea de por vida. Si el cáncer no se puede extraer completamente, si se ha extendido a los ganglios linfáticos del cuello, o si hay un alto riesgo de recurrencia, el yodo radiactivo puede ser utilizado para destruir las células tiroideas cancerosas que puedan quedar.

✓ Terapia con yodo radiactivo. Una de las principales razones por la cuales los pacientes con cáncer papilar y folicular de tiroides tienen generalmente un buen pronóstico, es porque el yodo radiactivo puede buscar y destruir las células tiroideas cancerosas, sin dañar otros tejidos del cuerpo.

El pronóstico del cáncer de tiroides es favorable en pacientes jóvenes menores de 40 años, así como en los pacientes con cáncer papilar que tienen un tumor primario confinado dentro de la propia glándula tiroides. El pronóstico no es tan bueno en pacientes mayores de 40 años con tumores mayores de 4 centímetros (1 ½ pulgadas) de diámetro. Sin embargo, aún aquellos pacientes que no se pueden curar del cáncer de tiroides suelen vivir por mucho tiempo y sentirse bien a pesar del cáncer (ACS, 2008).

#### 1.6.4 CÁNCER DE MAMA

Además del cáncer en la piel, la mama es el sitio más común de cáncer en la mujer y ocupa el segundo lugar, sólo después del cáncer de pulmón, como causa de muerte entre las mujeres. La probabilidad de que se desarrolle cáncer mamario aumenta con el tiempo. La edad media y la edad promedio de las mujeres con cáncer mamario es entre 60 y 61 años, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes (Giuliano, 2004).

En medicina, el cáncer de mama se conoce con el nombre de carcinoma de mama. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90% de los casos, el interior de los ductos o conductos galactóforos, que durante la lactancia, conducen la leche desde los lobulillos, donde se genera, hasta llegar, detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior. (Grupo Español de Investigación de Cáncer de Mama, GEICAM, 2008)

La inmensa mayoría de los tumores mamarios se originan en el tejido glandular; siendo casi siempre *adenocarcinomas*; y dentro de ellos, el tipo más frecuente es el que aparece en los ductos, por lo que se denomina *carcinoma ductal* (GEICAM, 2008).

En sus comienzos el cáncer de mama usualmente no causa dolor y es posible que quien lo padece no presente síntoma alguno. Algunos cánceres de mama nunca llegan a ocasionar síntomas ni otros indicadores de un problema.

Sin embargo, a medida de que el cáncer crece, éste puede causar cambios, como:

- Un nudo o un engrosamiento (una masa, hinchazón, irritación de la piel, o distorsión) dentro o cerca del seno, o del área de la axila.
- Un cambio en el tamaño o la forma del seno.
- Un cambio en el color o en la forma en que se siente la piel del seno, la areola o el pezón (con hoyuelos, fruncida o escamosa)
- La secreción del pezón, erosión, inversión o sensibilidad.

El tratamiento del cáncer de la mama es multidisciplinario, es decir precisa la combinación de diversas modalidades o disciplinas terapéuticas para conseguir un control eficaz de la enfermedad. Las modalidades terapéuticas contra el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia y la terapia biomolecular (INCan, 2003).

- La cirugía tiene como finalidad extirpar el tumor en su totalidad. Esto será posible cuando su tamaño pequeño y su escasa infiltración lo permita. Por lo general, la cirugía se acompaña de radioterapia y/o de quimioterapia. Existe actualmente la tendencia a practicar una cirugía tan conservadora como sea

posible. Cuando el tumor es mayor de 3cm pero menor de 5, se debe proceder a la mastectomía (extirpación de una mama completa).

La resección de la mama cuando hay un problema maligno, siempre se acompaña de la resección de ganglios linfáticos axilares, lo cual se llama mastectomía radical y puede incluir también la resección de músculos pectorales.

- Quimioterapia Neoadyuvante: Es la quimioterapia que se administra antes de la cirugía. La intención de la neoadyuvancia es principalmente la disminución del tamaño tumoral para practicar una cirugía conservadora y la valoración de la respuesta a la quimioterapia para posteriores tratamientos.
- Quimioterapia Adyuvante: Es la que se administra después de la cirugía. Su indicación depende de los factores pronósticos.
- Radioterapia tras cirugía conservadora de la mama: Siempre está indicada pues disminuye la probabilidad de recaída local
- Radioterapia tras mastectomía radical.

La etapa del cáncer mamario es el indicador simple más confiable para el pronóstico. Las pacientes con enfermedad localizada en la mama y sin evidencia de propagación regional, tienen por mucho, el pronóstico más favorable. El aumento en el número de ganglios axilares afectado correlaciona directamente con tasas de sobrevivencia más bajas. En general, el cáncer mamario parece ser un tanto más maligno en mujeres jóvenes que en las de edad avanzada, y esto puede estar relacionado con el

hecho de que menos mujeres jóvenes tienen tumores positivos a receptores de estrógenos (Giuliano, 2004).

## 1.7 METÁSTASIS

Como ya se mencionó, la metástasis es la diseminación a órganos distantes de una infección o de un tumor primario maligno o cáncer, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática. Aproximadamente, el 98 % de las muertes por cánceres no detectados, son debidas a la metastasización de éste. Cuando las células cancerosas se diseminan y forman un tumor nuevo, éste se llama un secundario, o tumor metastásico. Las células del cáncer que forman el tumor secundario son como las del tumor original. Por ejemplo, si un cáncer de mama se disemina (metastatiza) al pulmón, el tumor secundario está formado de células malignas del cáncer de mama. La enfermedad en el pulmón es cáncer de mama metastásico y no cáncer de pulmón (ACS, 2008).

Las localizaciones más frecuentes de las metástasis son los órganos más irrigados por la sangre como son el cerebro, los pulmones, el hígado, los huesos y las glándulas suprarrenales. La excepción a esta regla son los riñones y el propio corazón, pese a que por sus cavidades pasan muchos litros de sangre al día (Huerta & Corona, 2003).

## II EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER

### 2.1 Efectos psicológicos y sociales

La evolución de la enfermedad desde el momento de su diagnóstico hasta llegar a sus diversas complicaciones tiene un impacto importante en la calidad de vida de las personas (Latorre & Beneit, 1994). Las consecuencias y los tratamientos de ellas, requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes, que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.

Representa un mayor problema para los profesionales de la salud, porque dichas condiciones afectan no sólo a la persona que padece la enfermedad sino a los amigos y miembros de la familia también (Rodríguez, 2002). Los pacientes necesitan aprender a tratar tanto con los síntomas de la enfermedad como a controlar el estrés provocado por los tratamientos. Estar enfermo suele generar sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control sobre el futuro, situaciones ambas desgastantes (InCan, 2003).

Los pacientes con cáncer sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional, e incluso serios problemas psicológicos. Sumado a éstos y a los muchos problemas causados por los aspectos físicos del cáncer, el

paciente es confrontado con consecuencias de naturaleza social y económica (InCan, 2003).

La atención de los factores psicosociales incluye: el manejo de la familia y de aspectos relativos al equipo médico (dimensión psicosocial) además de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del tumor y en su progresión (dimensión psicobiológica) (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Greer, 1994)

El cáncer suele ser sinónimo de dolor, incapacidad y muerte derivados de la evocación de recuerdos de casos de cáncer en conocidos, familiares o amigos cercanos y del olvido de los casos curados, surgen los mitos y aparece la idea del castigo divino por una culpa antigua (InCan, 2003).

La presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y interrupción de la relación con otros (Ford, Fallowfield & Lewis, 1994; Hamburg & Adams, 1967).

La adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Los factores sociales son dinámicos y cambiantes (Harrison & Maquire, 1994)

Pacientes en tratamiento curativo, cuidado paliativo y sobrevivientes de cáncer enfrentan diversas problemáticas psicosocial. El objetivo del cuidado psicosocial es apoyar la capacidad de afrontamiento y reducir el distrés mediante terapias de apoyo, grupos de ayuda, intervenciones cognitivo-conductuales

y agentes psicofarmacológicos (Breitbart & Holland, 1993; Almanza-Muñoz, 2000).

Los problemas psicosociales que experimentan los pacientes son (Rodríguez, 2002):

1. Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, etc.)
  
2. Problemas derivados de la sintomatología física (efectos directos de la enfermedad, como el dolor; efectos colaterales de los tratamientos como por ejemplo, los pacientes que reciben quimioterapia, experimentan con frecuencia, náuseas, vómito, la pérdida del cabello y otros efectos desagradables)
  
3. Problemas derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos:
  - a. Laborales.- Se presentan problemas profesionales y de cambio en la situación laboral, por ejemplo, los pacientes pueden ser discriminados en su lugar de trabajo, después de reincorporarse al mismo.
  - b. Interacción Social.- Los pacientes suelen tener dificultades para reestablecer sus relaciones interpersonales anteriores, en muchas ocasiones se quejan de la compasión o rechazo que suscitan en los demás, algunos pacientes se aíslan socialmente o por el contrario se aventuran a una actividad social desmesurada sin estar todavía preparados para ello.
  - c. Familia.- Uno de los problemas que se presenta es un incremento de la dependencia del paciente con respecto a otros miembros de la familia. Éstos además, asumen muchas de las responsabilidades que antes correspondían al paciente, lo que

puede provocar importantes perturbaciones en el funcionamiento familiar.

A la negación (Fase I) y resistencia a creer que la noticia es cierta, se acompaña de un sentimiento de “anestesia” emocional; seguido de un período de confusión, agitación emocional y disforia; (Fase II) en el cual la realidad es reconocida lentamente e incluye síntomas como; ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. La adaptación a largo plazo (Fase III), incluye el retorno a la rutina normal y la aparición de “optimismo”. No hay una manera única de afrontar el cáncer y tampoco un orden en la aparición de las reacciones ante su diagnóstico (Gray & Doan, 1990; Taylor & Aspinwall, 1990).

Se ha reconocido que la dimensión psicosocial está involucrada en el cuidado de los pacientes en todos los estadios del cáncer (Holland, 1999). Los problemas sociales y psicológicos en pacientes con cáncer y sus familiares están considerados según las diferentes etapas que se presentan durante el desarrollo de la enfermedad (Couzijn, Ros & Winnubst, 1990):

- ☹ Fase de Diagnóstico
- ☹ Fase de Tratamiento
- ☹ Fase Terminal
- ☹ Fase de Sobrevivencia

### 2.1.1 Fase de Diagnóstico

El diagnóstico produce con frecuencia un fuerte impacto emocional en el paciente. La perplejidad y desorientación que

surgen como consecuencia del diagnóstico inicial, hacen imposible que los pacientes puedan darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida, así, pueden aparecer como paralizados e incapaces de reaccionar ante la nueva situación (Latorre & Beneit, 1994).

Las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer puede incluir temor de recurrencia o muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la concurrencia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados severos de angustia. Condiciones que, definitivamente, influyen en la evolución de la enfermedad y en su respuesta al tratamiento (Tenorio, 2003).

El individuo que recibe un diagnóstico de cáncer, lo mismo que cuando se produce una recaída o cuando, más adelante, comprueba que el tratamiento fracasa, muestra una respuesta emocional característica: un periodo inicial de shock e incredulidad seguido por un periodo turbulento de síntomas ansiosos y depresivos, irritabilidad, pérdida de apetito y alteraciones del sueño. Puede haber una incapacidad de concentración y dificultades para llevar a cabo las actividades diarias, y el pensamiento de su diagnóstico y los miedos referentes al futuro estarán siempre presentes (Massie & Holland, 1989).

A la mayoría de los pacientes que son diagnosticados con cáncer les seguirá, una “crisis existencial”, debido a que el cáncer es asociado con la muerte. Esta crisis está marcada por un estado de “shock”, incertidumbre, confusión, ansiedad, pesar y depresión en la que entra el paciente (Weisman, 1979; Northouse, 1984).

Según Latorre & Beneit (1994) las emociones que más frecuentemente surgen en esta fase inicial de desorientación, son la negación y el miedo, más tarde pueden aparecer la depresión y la ira:

- Negación.- Mediante ésta los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad. Así, pueden actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensando que desaparecerá o que tendrá consecuencias sólo a corto plazo. En casos extremos el paciente puede pensar que realmente no está enfermo, a pesar de que se le haya proporcionado información muy clara sobre el diagnóstico.
- Miedo.- Después del diagnóstico el temor es también una respuesta frecuente. Muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que va a experimentar su vida y por la posibilidad de la muerte.
- Depresión.- Es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación de la enfermedad. Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada. En algunos pacientes la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, dependencia con respecto a los demás y una restricción innecesaria de actividades.
- Ira.- Al igual que la depresión suele aparecer después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico inicial. A medida que la negación o el miedo van remitiendo, el paciente puede

empezar a sentir que la enfermedad es algo injusto y experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad.

Sin embargo, se ha encontrado que no todos los pacientes muestran todas las fases, y que éstas, no se presentan siempre en el mismo orden. (Latorre & Beneit, 1994)

La información es importante para afrontar del diagnóstico de cáncer, ya que la falta de conocimiento sobre la enfermedad y su curso, así como del tratamiento y el sistema médico pueden aumentar el estrés y los problemas del paciente (Krumm, Vanatta & Sanders, 1979).

Es importante que la información se le proporcione al paciente de diferentes formas y repetidamente, ya que no puede ser absorbida de una sola vez por el estado de confusión y “shock” que genera la noticia del diagnóstico. El paciente irá asimilándola gradualmente conforme vaya superando la etapa de shock y negación, por esta razón la información escrita puede ser muy efectiva para que el paciente y la familia puedan releerla en casa (Hutchcroft, Snodgrass, Troyan & Wares, 1984).

### 2.1.2 Fase de tratamiento

En esta fase ocurre todo lo relacionado a los procedimientos de diagnóstico médico y tratamiento, que puede ser tanto curativo como paliativo. En este caso consideraremos el periodo de tratamiento que sigue el paciente mientras la enfermedad no es claramente terminal y la muerte inminente.

Según Weisman (1979) psicológicamente la transición entre el primer periodo de afrontamiento (diagnóstico) y el periodo de “acomodación y mitigación” es gradual. Primero, debido a las frecuentes visitas al médico y al hospital, se ve alterada drásticamente la rutina de la vida diaria, dando lugar a un agobio psicológico en adición con las consecuencias físicas de la enfermedad y el tratamiento. Después, gradualmente, la mayoría de los pacientes regresarán, completamente o en parte, a su rutina diaria. Especialmente si sigue un periodo de remisión, los pacientes se sentirán relativamente tranquilos y menos preocupados y serán capaces de retomar su vida razonablemente a como era antes de la enfermedad.

Durante el tratamiento inicial la idea de cura ayuda a tolerar el disconfort (Portenoy, Thaler & Komblith, 1994).

### 2.1.3 Fase terminal

Esta fase se caracteriza por la existencia de enfermedad oncológica avanzada, progresiva e irreversible (incurable). No responde a los tratamientos empleados habitualmente. Se acompaña de múltiples síntomas que provocan gran malestar en el enfermo disminuyendo su calidad de vida y la de la familia (Couzijn, Ros & Winnubst, 1990).

La transición de un abordaje curativo a uno paliativo es extremadamente difícil y acarrea en ocasiones mayor angustia que la que se experimenta al recibir el diagnóstico (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Cherry, Coyle & Foley, 1994).

Cuando llega a ser evidente que la enfermedad es progresiva y que el tratamiento no es lo suficientemente efectivo, la inevitable expectativa de muerte trae como consecuencia otro periodo de gran ansiedad, en el cuál se presentan reacciones como: miedo, agresión y negación (Couzijn *et al*, 1990).

La American Society of Clinical Oncology (ASCO) en el Tratamiento del Cáncer al Final de la Vida, reconoce claramente la responsabilidad de los profesionales de la salud en el cuidado físico y psíquico de los pacientes a lo largo de todas las fases de la evolución de la enfermedad. Han demostrado que al disminuir los síntomas psiquiátricos tales como ansiedad y depresión, mejora la capacidad del enfermo para afrontar sus problemas, y disminuye síntomas como dolor, náuseas y vómito (Tenorio, 2003).

Cuanto antes en el curso de la enfermedad se integre la atención psicológica en el cuidado del paciente terminal, mayor oportunidad habrá de prevenir el deterioro prematuro en la calidad de vida y mayor motivación tendrán los pacientes en este punto del proceso para centrar su atención en las preocupaciones que requieran ayuda profesional (Tenorio, 2003).

Kübler-Ross (1975) divide en cinco fases los mecanismos de reacción que van a presentar los pacientes que padecen una enfermedad terminal:

- 1ª fase: Negación y aislamiento: Funciona como defensa para poder enfrentar la noticia e irla asimilando.
- 2ª fase: Ira: Sentimientos de rabia, envidia y resentimiento. Surge el cuestionamiento ¿por qué yo? La rabia se proyecta contra todo y contra todos, aunque ellos no sean el origen de su ira.

- 3ª fase: Pacto: Se trata de llegar a una negociación que posponga lo inevitable; por ejemplo: “vivir sólo hasta la boda de mi hijo”.
- 4ª fase: Depresión: Sensación de una gran pérdida (de muchos tipos: física, del rol desempeñado, económica, etc.) Surge el dolor que se tiene que pasar al estar enfrentando la muerte; cuando se está a punto de perder todo lo que se quiere y a todos los que ama. Al hacer un análisis de lo que fue su vida está presente el temor a lo desconocido.
- 5ª fase: Aceptación: Si la persona tuvo tiempo suficiente y se le ayudó en las diferentes etapas de la enfermedad, podrá llegar a la aceptación. En la que dejan de mostrar emociones negativas extremas, permitiendo el momento del “descanso final antes de partir”.

Según Die Trill (1999) los objetivos de la psicoterapia con el paciente terminal son:

- 1) Construir y establecer una relación empática, de acuerdo a las habilidades que posee el enfermo.
- 2) Facilitar el uso de sus mecanismos de afrontamiento siempre y cuando sean adaptativos.
- 3) Ayudarle a vivir con una mayor libertad de cara al impedimento que supone el reconocimiento de una muerte inminente.
- 4) Evaluar si las defensas empleadas son adaptativas o no, antes de intervenir terapéuticamente y ayudar a los pacientes a recobrar y utilizar aquellos mecanismos psicológicos que les han ayudado a resolver crisis pasadas satisfactoriamente.
- 5) Ayudar al paciente en sus reconciliaciones, ayudarle a alcanzar esperanzas o deseos no satisfechos, y a resolver o concluir conflictos no resueltos.

6) Ayudarle a sentirse como él mismo durante el tiempo que sea posible.

El área de la medicina que se ocupa de la atención a los pacientes en esta fase de la enfermedad son los Cuidados Paliativos o Medicina Paliativa

#### 2.1.4 Fase de sobrevivencia

La principal preocupación de la población sobreviviente al cáncer es la posibilidad de recurrencia, seguido de la presencia de esterilidad, deterioro neuropsicológico (especialmente en niños pos-radioterapia craneal), ansiedad, sensación de vulnerabilidad, baja autoestima, miedo a revisiones de seguimiento y estudios (sanguíneos o de neuroimagen), así como disfunción sexual. Algunos informes recientes subrayan la presencia de síntomas similares a los del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) después de quimioterapia (a corto y largo plazo). Aún cuando puede considerarse que la mayoría de las intervenciones señaladas para el manejo de pacientes en tratamiento curativo funcionan para los sobrevivientes, éstos representan un grupo en constante crecimiento que enfrenta distintas formas de distrés, lo cual requiere de intervenciones específicas (Almanza-Muñoz, 2001; Almanza Muñoz & Holland, 2000; Jacobsen, Bovbjerg, Schwartz, Hudis, Gilewski & Norton, 1995).

Los sobrevivientes de cáncer hoy enfrentan problemas que incluyen el riesgo de recurrencia, disfunción sexual, dificultades de fertilidad, angustia emocional, fatiga, problemas cognitivos y

efectos secundarios que podrían presentarse incluso después del tratamiento (Almanza-Muñoz, 2001).

## 2.2 Reacciones emocionales frente a la enfermedad

Estudios recientes en los que se han incluido muestras de pacientes con trastornos crónicos como el cáncer han permitido conocer el proceso de deterioro del bienestar, que se inicia con la enfermedad y que progresivamente se generaliza, incluyendo la salud mental, la que afecta a su vez, a todo el funcionamiento humano, cerrando así un círculo viciosos que tiende a auto mantenerse (Sánchez-Sosa y González, 2002).

Aproximadamente 50% de las personas con cáncer presentan una reacción “normal” y adaptación. Un 32% de los pacientes hospitalizados presentan trastornos de adaptación; 6%, trastornos depresivos; 4%, trastornos mentales orgánicos; 3%, trastornos de la personalidad; y 2%, trastornos de ansiedad. Pacientes ambulatorios presentan, principalmente, trastorno depresivo mayor, 22%; con trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión, 17%; trastorno de adaptación con depresión, 14%; trastorno afectivo secundario a cáncer, 12%; y 8% presenta distimia (Almanza. Breitbart & Holland, 1999).

La literatura científica señala que la mayoría de estos pacientes presentan más síntomas depresivos, menor autoeficacia y dominio, mayores sentimientos de soledad y redes sociales más pequeñas (Rodríguez, 2002).

Al evaluar la calidad de vida junto con los efectos de la enfermedad en el estado emocional de los pacientes, los efectos

secundarios de los tratamientos, las habilidades funcionales del paciente y las incapacidades producidas por ésta, se han identificado algunas de las principales áreas afectadas en el ajuste y la adaptación ante la enfermedad. Entre éstas se destacan problemas derivados del tratamiento; problemas asociados con la rehabilitación física y la adherencia terapéutica; problemas de rendimientos académico y laboral; problemas asociados con relaciones interpersonales, de comunicación y de la dinámica familiar; problemas vinculados con la autoimagen y la autoestima, así como los problemas económicos (Sánchez-Sosa y González, 2002).

Se ha propuesto el uso de la palabra “distrés” que se define como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social y/o espiritual), que interfiere con la capacidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento. El espectro del distrés incluye sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo, de la misma manera que problemas más severos de depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social, crisis espirituales, por lo que el distrés debe ser detectado y tratado tempranamente (Almanza-Muñoz, Holland, 2000).

La presencia de ansiedad no tratada es un aspecto en la dimensión psicosocial, y origina frecuentes visitas a la sala de emergencia así como falta de adhesión al tratamiento, entre otras consecuencias (Roth, *et al*, 1998). La depresión y la ansiedad suelen presentarse comúnmente asociadas al cáncer, aunque son relativamente sub-diagnosticadas (Mujica, 1998).

La ansiedad es la forma más común de distrés psicológico en pacientes con cáncer. Puede ser: a) situacional (causada por un

problema médico, procedimientos invasivos, etc); b) secundaria al tratamiento; o c) exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente. El manejo de ansiedad incluye: proporcionar información clara y generar confianza en el equipo de atención, intervención en crisis, psicoterapia (educacional, interpersonal, de apoyo, cognitivo-conductual, imagería guiada, relajación e hipnosis) y si es necesario, manejo farmacológico (Almanza-Muñoz & Holland, 2000).

La depresión es difícil de diagnosticar en oncología debido al traslape de síntomas como fatiga, debilidad, pérdida de energía, pérdida de interés o concentración y de motivación. La mayoría de los casos corresponden a depresión reactiva (25% en pacientes oncológicos externos). En su manejo es preciso establecer una adecuada alianza terapéutica, garantizando el apoyo del grupo familiar; proporcionar psicoterapia de apoyo, intervenciones conductuales y uso de fármacos (Breitbart & Holland, 1993).

Varios estudios han mostrado, desde hace casi dos décadas, una estrecha relación entre los factores psicosociales y la respuesta inmune de pacientes con cáncer. Las alteraciones en la función inmune en estos pacientes son de particular interés ya que muestran el efecto inmunoprotector potencial de las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer. Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil (1989) y otros han demostrado que mujeres con metástasis de cáncer de mama que habían recibido semanalmente psicoterapia especializada de grupo, sobrevivieron en promedio hasta 18 meses más que el grupo control asignadas aleatoriamente a una rutina de cuidado habitual. Sin embargo, los médicos deben recordar que las intervenciones psico-sociales

contribuyen a mejorar la calidad y no la cantidad de vida de estos pacientes (Mujica, 1998).

Resultados similares se han generado por el grupo de Fawzy y colaboradores (1993) en relación a la recurrencia y sobrevivencia ante melanomas malignos. Sus estudios revelan diferencias estadísticamente significativas en la recurrencia de cáncer y una mayor tasa de mortalidad en los pacientes que no reciben algún tipo de intervención psicológica. Adicionalmente, un incremento en la función inmune persiste aún seis meses después de la terminación de la terapia de grupo.

Entre otras técnicas psicológicas empleadas con éxito en la atención de los pacientes con cáncer, destacan la imaginación visual guiada, el cambio cognitivo, la autorregulación emocional, la meditación, la relajación progresiva y el uso de biofeedback. Los resultados han mostrado un alto nivel de eficacia en el control del dolor asociado al cáncer (Dawn, 2005), así como su eficacia al tratar algunos efectos secundarios de la quimioterapia. Los resultados de estos estudios sugieren que estas técnicas contribuyen significativamente a reducir los índices fisiológicos de respuestas negativas ante el estrés producidos por los efectos adversos de la quimioterapia en pacientes con cáncer (Burish, Shartner & Lyles, 1981; Kim, Lee, Yi, Choi & Kwon, 2005).

### III MÉTODO

El propósito de este estudio es determinar por medio de un estudio de casos, los efectos que tiene la enfermedad del cáncer en el paciente, a nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida, así como en síntomas físicos y emocionales; de igual forma, examinar los efectos, en las mismas variables, de una intervención psicológica en el paciente con cáncer con el fin de preservar su bienestar y calidad de vida.

#### 3.1 Diseño

Se planteó un estudio de caso N=1 (Kerlinger & Lee, 2001), con mediciones antes, durante y después de la intervención. En los casos posibles un seguimiento a un mes y a tres meses. Esto con el fin de evaluar los efectos de la intervención en al menos las siguientes variables:

- Calidad de vida
- Depresión
- Ansiedad
- Sintomatología física (autorreporte diario)
- Malestar emocional (autorreporte diario)

#### 3.2 Participantes

Participaron cuatro pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, que accedieron a participar en una intervención cognitivo-conductual con el fin de preservar su bienestar y calidad de vida. La selección de los pacientes fue no probabilística, seleccionados de forma intencional a partir de los criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Que cubrieran los criterios diagnósticos de cáncer, sin importar el tipo de cáncer ni la fase de enfermedad.
- Sin padecimientos psiquiátricos.

### Criterios de exclusión

- Pacientes que recibieran algún otro tipo de intervención psicológica.
- Pacientes con funcionamiento cognitivo alterado (psicosis, retraso mental, demencia, etc.).
- Pacientes que rehusaran, en cualquier momento, la intervención.

Los datos sociodemográficos de los participantes se muestran en la Tabla II.

Tabla II. Características Sociodemográficas de los pacientes del protocolo.

<b>Paciente</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Religión</b>
1	69	Hombre	Estudios comerciales	Casado	Jubilado	Católica
2	74	Mujer	Estudios comerciales	Soltera	Hogar	Católica
3	39	Mujer	Licenciatura	Casada	Empleada administrativa	Católica
4	30	Mujer	Licenciatura	Casada	Educadora	Católica

Continuación Tabla II. Características Sociodemográficas de los pacientes del protocolo.

	<b>Diagnóstico Médico</b>	<b>*Tiempo de Diagnóstico</b>	<b>Tratamiento recibido</b>	<b>Fase al iniciar estudio</b>	<b>Fase al terminar estudio</b>	<b>Situación al final del estudio</b>
1	Dx1:condrosarcoma Dx2:Metástasis a pulmón	6 meses	Cirugía Quimioterapia	Tratamiento	Terminal	Fallece
2	Cáncer Vesicular	1 mes	Quimioterapia	Terminal	Terminal	Fallece
3	Carcinoma papilar (tiroides)	1 año 6 meses	Cirugía Terapia con yodo radiactivo	Vigilancia	Tratamiento (recaída)	Sobrevive
4	Cáncer de mama	3 meses	Quimioterapia Mastectomía radical Radiación	Tratamiento	Vigilancia	Sobrevive

\* Al inicio de la intervención psicológica

Como se observa en la Tabla II la gama de edad de los participantes fue de 30 a 74 años, siendo la media 52 años. Fueron tres participantes mujeres y un hombre. El diagnóstico del primer participante fue: condrosarcoma con metástasis a pulmón, del segundo: cáncer vesicular, del tercero, carcinoma papilar (tiroides) y del cuarto: cáncer de mama. Con respecto a las fases de la enfermedad, uno estaba en fase terminal, dos empezaron en fase de tratamiento, cambiando uno a fase terminal y el otro a vigilancia y por último, uno en vigilancia y cambia a tratamiento por recaída. Al término del estudio dos de los participantes fallecieron.

### 3.3 Escenario

El estudio se llevó a cabo dentro del hogar de cada paciente, en donde la psicóloga se presentaba los días y la hora acordada. Aunque el tamaño y el mobiliario fue diferente para cada paciente,

siempre se contó con un espacio lo suficientemente amplio para poder estar los dos sentados, con buena iluminación y privacidad.

### 3.4 Instrumentos

#### 1. Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sánchez-Sosa & Groves, 2005):

Es una escala que consta de 56 reactivos, diseñada a partir de la revisión de diversas escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos. Consta de 12 áreas: Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Familia, Preocupaciones, Vida cotidiana, Tiempo libre, Dependencia Médica, Relación con el médico y Redes Sociales.

Cada una de las áreas cuenta con cuatro reactivos, los cuales se califican de cero a cinco puntos. El instrumento incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos sociodemográficos. Además contiene un reactivo (51) como el indicador general de calidad de vida y cuatro (uno al cuatro) referentes a la percepción general de salud. La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna total de 0.90 (alfa de Cronbach) (Ver anexo 1)

#### 2. Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998):

Se utilizó la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Consiste en un instrumento de 21 reactivos, cada uno de ellos con

cuatro opciones de respuesta, las cuales describen la severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. Las puntuaciones van de cero, que indica la ausencia del síntoma hasta tres que representa la severidad máxima del síntoma. Los datos de estandarización del Inventario en México muestran una consistencia interna de 0.87 (alfa de Cronbach), además de contar con adecuada validez de constructo y discriminante (Ver anexo 2).

### 3. Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001)

Se evaluó mediante la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Consiste en un instrumento de 21 reactivos, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta que va de poco o nada a severamente. Cuenta con un coeficiente de consistencia interna de 0.83 (Alfa de Cronbach), con alta confiabilidad Test-Retest ( $r = .75$ ) y validez convergente adecuada (Ver anexo 3).

### 4. Cuadernillo de autorregistro de síntomas físicos y malestar emocional.

Fue elaborado específicamente para este estudio. Consiste en 24 reactivos, cada uno de ellos con cinco opciones de respuesta, que va en una escala de “nada” a “muchísimo”. Además contiene un reactivo para que el paciente escriba sus pensamientos más recurrentes (Ver anexo 4).

## 3.5 Variables

### a) Variables Dependientes:

- Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, *et al.*, 2005)

- Inventario de Depresión de Beck (Jurado, *et al.*, 1998)
- Inventario de Ansiedad de Beck ((Robles, *et al.*, 2001)
- Síntomas Físicos (cuadernillo de autorregistro)
- Malestar emocional (cuadernillo de autorregistro)

Las cuales se describieron anteriormente en el apartado de instrumentos.

b) Variable Independiente:

Intervención terapéutica fundamentada en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual, la cual se describe en el apartado de intervención.

### 3.6 Procedimiento

Se invitó a participar a aquellos pacientes que tuvieran un diagnóstico confirmado de cáncer y que manifestaron su deseo de participar.

Una vez que los pacientes aceptaban, se les proporcionaba un consentimiento informado (Ver anexo 5) en donde se especificaba que estaba de acuerdo en participar en un proceso terapéutico, que se le proporcionaría sin costo alguno y dentro de su hogar a lo largo del periodo de la enfermedad. En el momento de la inclusión se completó una hoja de datos sociodemográficos y se le proporcionó el cuadernillo de autorregistro de síntomas físicos y malestar emocional.

### 3.7 Intervención

Se llevó a cabo de manera individual con cuatro pacientes de cáncer en cualquier fase de la enfermedad. Fue una intervención *in situ*, es decir en la casa del paciente o donde éste residía. Fueron sesiones periódicas semanales de entre 45 y 90 minutos. Se ajustó a sus necesidades y se dirigió específicamente a la fase de la enfermedad en la que se encontraba.

Además de la entrevista clínica, se utilizaron otras fuentes de información como: su contexto socio-ambiental, sus relaciones interpersonales, la exploración de las áreas personal, laboral y familiar, así como los resultados de la batería de evaluación, para poder diseñar el programa del tratamiento bajo el enfoque cognitivo-conductual; dando prioridad temporal a aquellos aspectos que requerían atención inmediata, por su gravedad o su grado de interferencia con otros aspectos del bienestar, del tratamiento médico o de su calidad de vida.

El programa de tratamiento consistió en varios componentes que se describirán en cuatro diferentes etapas, para facilitar su comprensión; sin embargo, no necesariamente se siguieron en ese orden ni de la misma forma:

➤ Etapa 1:

Se expusieron los objetivos y las reglas de funcionamiento de la intervención, donde se incluyó la relación entre los componentes emocionales, cognitivos y conductuales. Se orientó y dio información sobre el tipo de cáncer, su tratamiento y efectos secundarios.

➤ Etapa 2:

Se trabajó sobre el monitoreo de sus emociones y conductas para que el paciente pudiera identificar las diferentes señales de ansiedad emocional, psicológica y cognitiva. Se le proporcionó al paciente entrenamiento en diferentes técnicas de autorregulación como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva e imaginación guiada para que las empleara en el manejo de la ansiedad, el dolor y el malestar físico y emocional.

➤ Etapa 3:

Se ayudó al paciente a identificar actitudes y conductas negativas así como los pensamientos en los cuales se basaban. Se distinguió entre cambios reversibles e irreversibles y pensamientos racionales e irracionales.

➤ Etapa 4:

De acuerdo a los cambios que se deseaban realizar y los objetivos planteados, se propusieron metas las cuales se separaron en pasos. Cada paso se ensayaba con el paciente y/o se practicaba con tareas en casa, de tal forma que utilizara las diferentes técnicas y habilidades aprendidas para darle solución a los problemas presentados.

Las técnicas de intervención utilizadas fueron:

- Reestructuración cognitiva: Se le enseñaba al paciente el mecanismo y secuencia que seguían sus pensamientos y cómo estos influían en las sensaciones corporales, emociones y conductas. Se conducía al paciente a reconocer la subjetividad o irracionalidad de algunos de sus pensamientos (detección de

pensamientos disfuncionales); se hacía un análisis lógico de los mismos y se modificaban por otros más funcionales.

- Psicoeducación: Es el principal método utilizado para informar y orientar a la población. Se basó en un diagnóstico previo, era bidireccional y combinó técnicas didácticas con material informativo para que se pudiera obtener un aprendizaje y lograr el objetivo final, que fue el cambio o la modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables.

- Realización de tareas: Se les asignaban tareas que dependían de su situación específica, con familiares o en su entorno social para adiestrar al paciente en desarrollar habilidades sociales, aunado a otras tareas como el registro de pensamientos disfuncionales, solución de problemas, o bien, tareas relacionadas con su adherencia al tratamiento, como los registros de alimentos, medicamentos o ejercicio.

- Autorregistro: Una de las tareas asignadas desde el inicio de la intervención, fue la del autorregistro diario de sus síntomas físicos, del malestar emocional y de pensamientos recurrentes, en el cuadernillo que se les daba semanalmente. Esto les permitía al final del día hacer un recuento de su estado físico, emocional y cognitivo, así como ir reconociendo sus diferentes reacciones, en estas tres áreas, de acuerdo a lo que estaban viviendo a un nivel general (en el tratamiento y la enfermedad) y a un nivel particular (frente a los conflictos o situaciones del día a día); y cómo éstas iban o no cambiando. Autorregulación: Incluye técnicas que actúan por el principio psicológico de incompatibilidad de respuestas. Una persona no puede experimentar síntomas de ansiedad y estar relajada al mismo tiempo (Sánchez-Sosa, 2008).

Se usaron las técnicas de respiración diafragmática donde se enseñaba al paciente a tener una respiración óptima, profunda, evidenciando el movimiento del diafragma y no de los ápices pulmonares. Se indujo la relajación muscular progresiva que trabaja la tensión y distensión muscular, en dirección céfalo-caudal; e imaginación guiada, donde se evocaban estímulos relajantes para cada paciente.

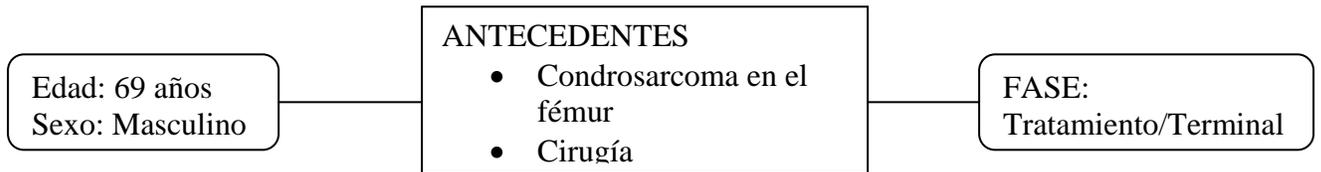
## IV RESULTADOS

A continuación se describen los cambios observados por paciente en cada una de las áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud, así como las comparaciones intrasujeto en las variables de depresión y ansiedad. Cada sección de resultados está precedido por una presentación de cada caso y una línea del tiempo donde se observan los momentos más relevantes que vivió cada paciente a partir del diagnóstico de la enfermedad y hasta el final de la intervención.

## 4.1 RESULTADOS POR PACIENTE

### PACIENTE 1

Tiempo del diagnóstico de cáncer: 6 meses

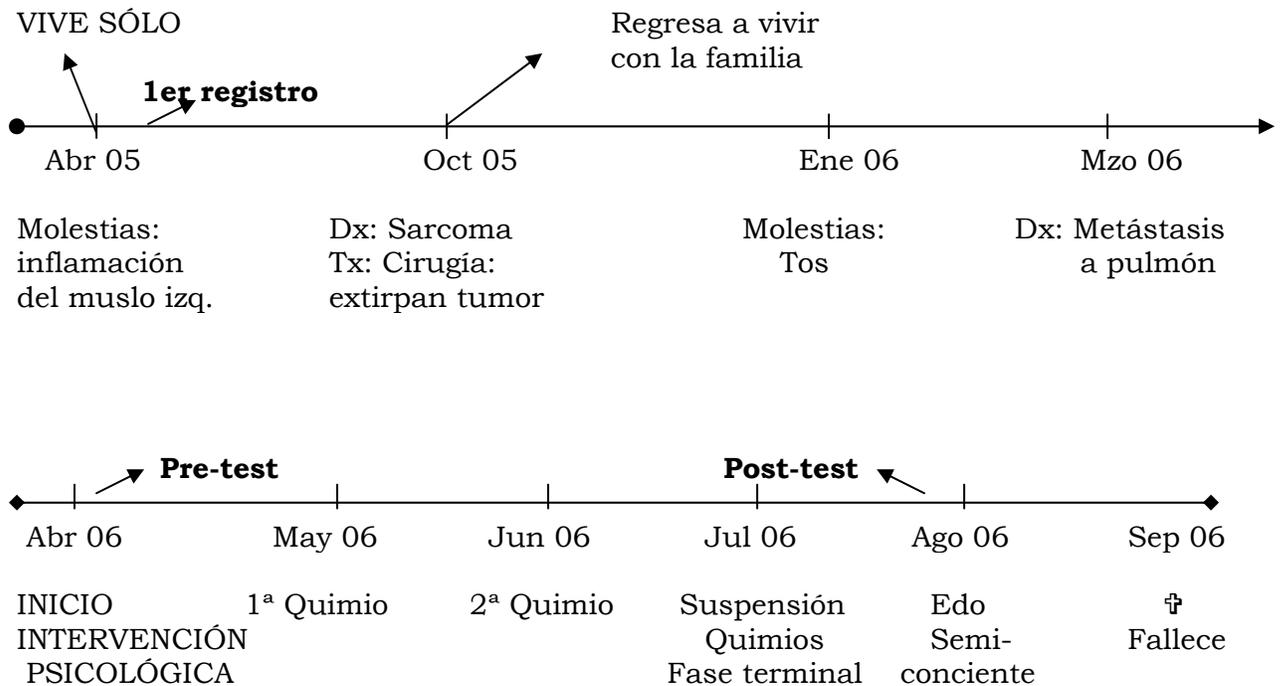


Diagnóstico al momento de la intervención: Metástasis a pulmón

DURACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: 14 Semanas

### LINEA DEL TIEMPO

#### Antecedentes



En la Figura 1 se muestran los cambios en cuatro áreas del InCaViSa (Percepción de salud, percepción corporal, desempeño físico y funciones cognitivas) en los tres diferentes registros: pre-diagnóstico, pre-test y post-test. Se puede observar que con el impacto del diagnóstico (pre-diagnóstico y pre-test) se presenta una disminución notable de la calidad de vida en tres de las cuatro áreas. Por otro lado, al comparar el pre-test con el post-test se observa que tres áreas aumentan y en una disminuye, siendo ésta la de desempeño físico.

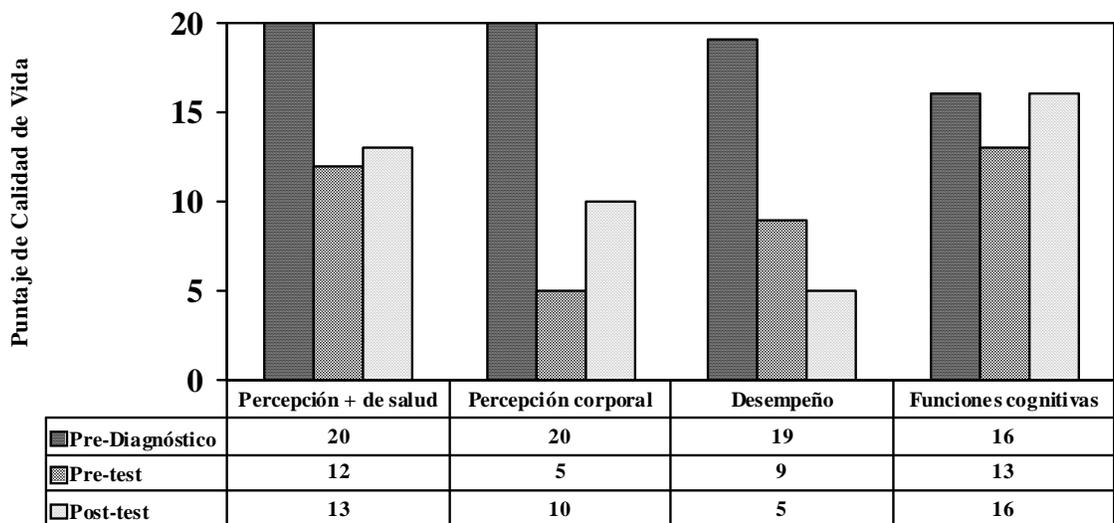


Fig 1. Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-diagnóstico, Pre-test y Post-test).

En la Figura 2 se muestran los cambios en cuatro áreas del InCaViSa (Relaciones familiares, redes sociales, tiempo libre y relación con el médico) en los tres diferentes registros: pre-diagnóstico, pre-test y post-test. Se puede observar que con el impacto del diagnóstico (pre-diagnóstico y pre-test) disminuye el puntaje de calidad de vida en tres áreas y aumenta en una; así mismo los puntajes del post-test muestran un aumento en el puntaje de tres áreas, manteniéndose igual en una con respecto al pretest y con respecto al prediagnóstico aumenta en tres y disminuye en una.

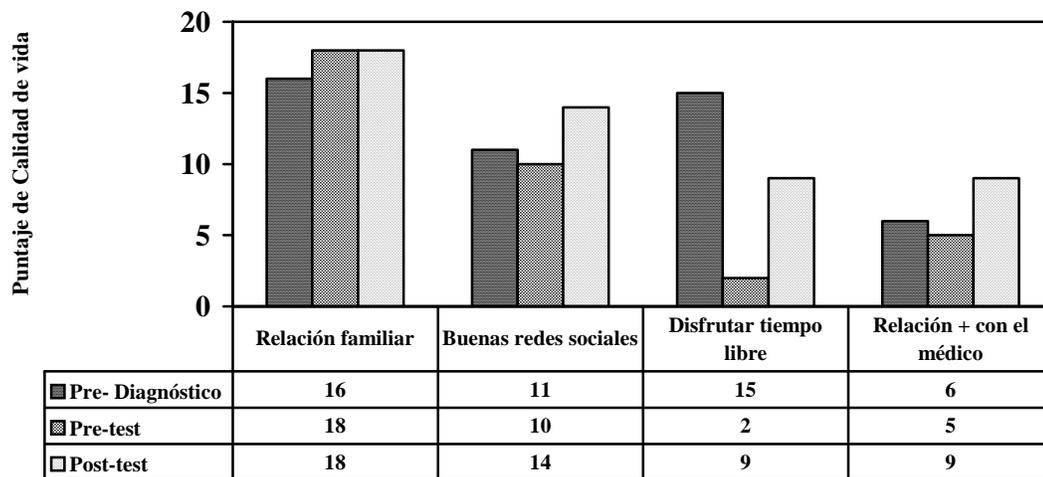


Fig 2. Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-diagnóstico, Pre-test y Post-test).

En la Figura 3 se muestran los cambios en cinco áreas del InCaViSa (Preocupaciones, aislamiento, actitud frente al tratamiento, vida cotidiana y dependencia médica) en los tres diferentes registros: pre-diagnóstico, pre-test y post-test. Se puede observar que con el impacto del diagnóstico (pre- diagnóstico y pre-test) aumenta notablemente el deterioro en cuatro áreas y en una disminuye; así mismo los puntajes del post-test muestran una disminución en el deterioro de tres áreas, manteniéndose igual en una con respecto al pre-test y aumentando en otra. Con respecto al pre-diagnóstico aumenta el deterioro en todas.

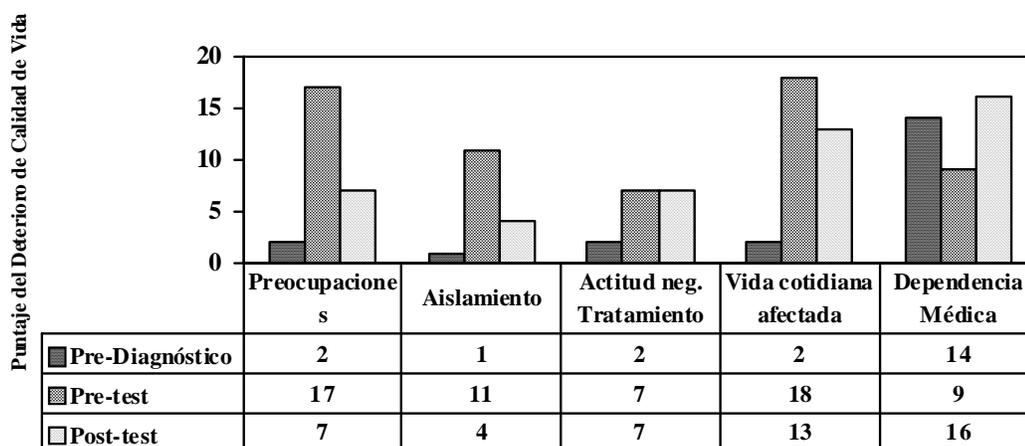


Fig 3. Comparación de resultados en deterioro de Calidad de vida en 5 áreas. (Pre-dx, Pre-test y Post-test).

En la Figura 4 se muestran los cambios del nivel de depresión. Observamos que antes del diagnóstico el paciente presentaba un nivel de depresión moderado, antes de la intervención el paciente se encuentra en un nivel leve y en el último registro, justo antes de ser diagnosticado como enfermo en fase terminal, aumenta la depresión a moderada.

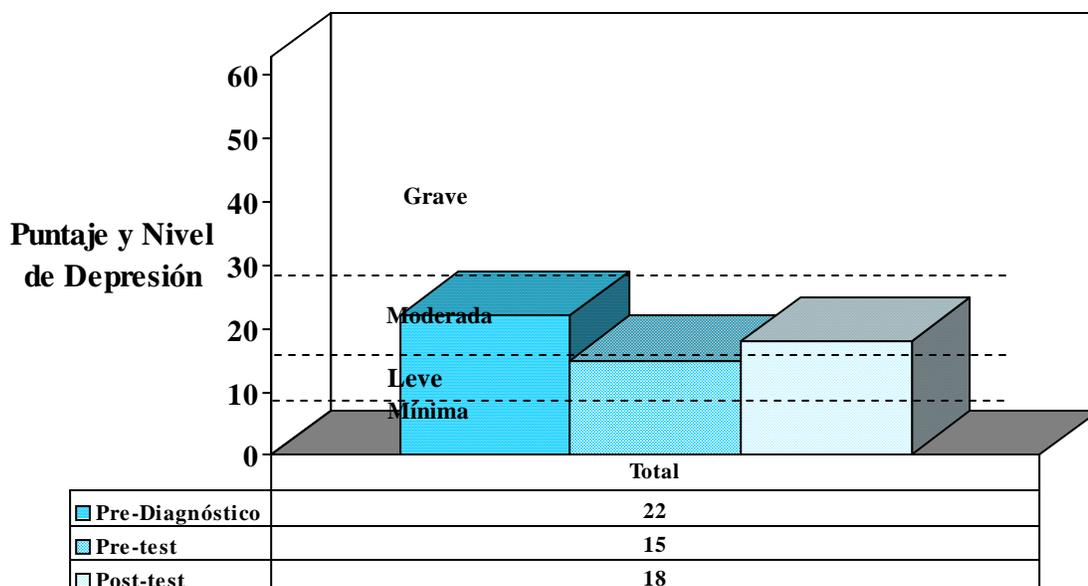


Fig 4. Comparación en niveles de depresión (IDB). (Pre-diagnóstico, pre-test y post-test)

En la Figura 5 se muestran los cambios del nivel de ansiedad en el pre- diagnóstico, pre-test y post-test. Observamos que el paciente se mantiene en un nivel de ansiedad leve en los tres registros, sin embargo, aunque no cambia de categoría se puede observar que la magnitud es mayor en el pretest. Es decir, que esta aumentó después del diagnóstico y disminuyó en el último registro.

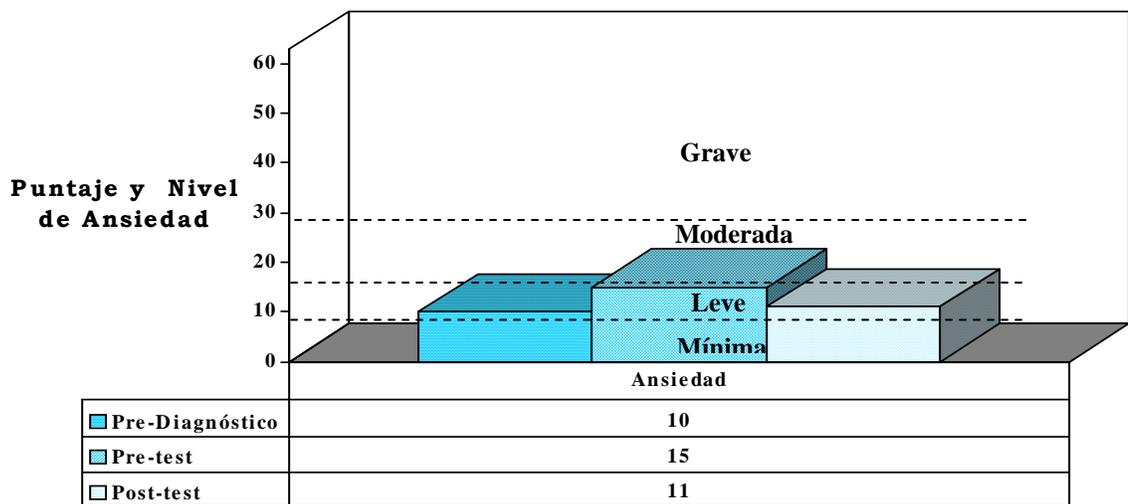


Fig 5. Comparación en niveles de ansiedad (IAB). (Pre-diagnóstico, pre-test y post-test)

En la Figura 6 se observan los puntajes del malestar físico y del bienestar y malestar emocional del sujeto uno a lo largo de las semanas que duró el autorregistro (11 en total). Se puede observar que en la segunda semana hay una disminución en el malestar físico y emocional y un aumento notable en el bienestar emocional, el cual a lo largo de las siguientes cinco semanas sigue a un mayor nivel que los demás pero con tendencia a disminuir. En la semana 7, el malestar físico alcanza su punto más alto y el bienestar emocional el más bajo para terminar en la semana 11 en un cierto equilibrio, similar al que presentó en la primera semana, pero donde el malestar físico está por arriba de lo emocional.

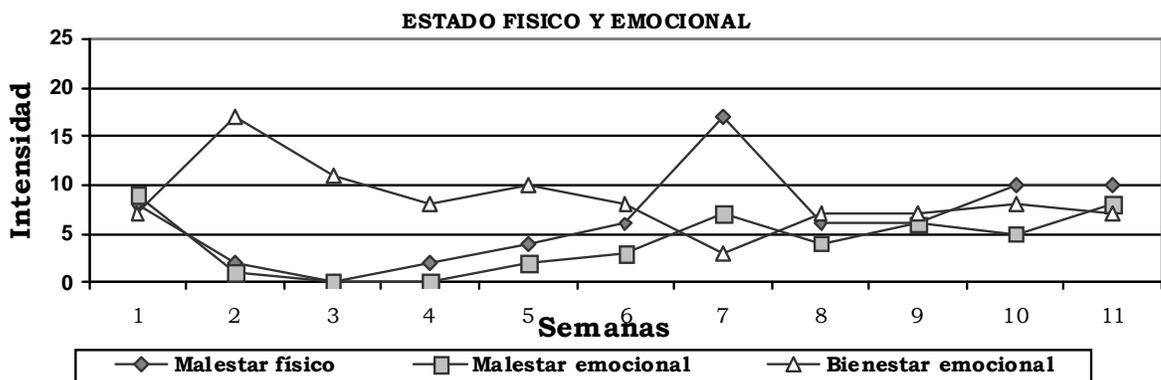


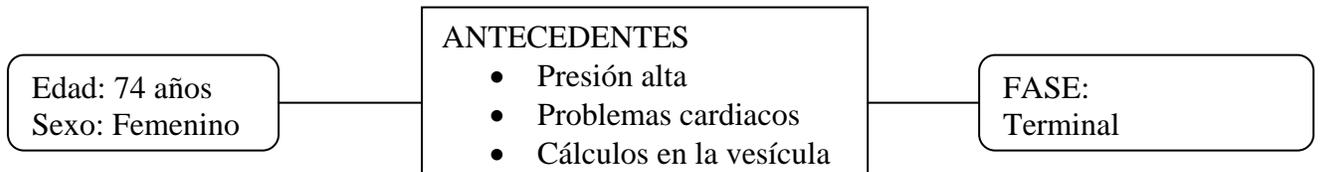
Fig 6. Comparación de los puntajes de malestar físico, malestar y bienestar emocional por semana de acuerdo al autorregistro diario.

Aspectos importantes, reportados por semana:

1. Efectos post-quimio	5. 2ª quimio	9. Tos intensa
2. Todo bien	6. Tos intensa con sangre	10. Tomografía y suspensión definitiva de quimio.
3. Todo bien/hija lo invita a su casa	7. Crisis post-quimio	11. Va a Veracruz; al regreso semiconsciente.
4. Tos con sangre Aniv. muerte mamá	8. Se pospone 3ª quimio	FALLECIMIENTO

## PACIENTE 2

Tiempo del diagnóstico de cáncer: un mes.

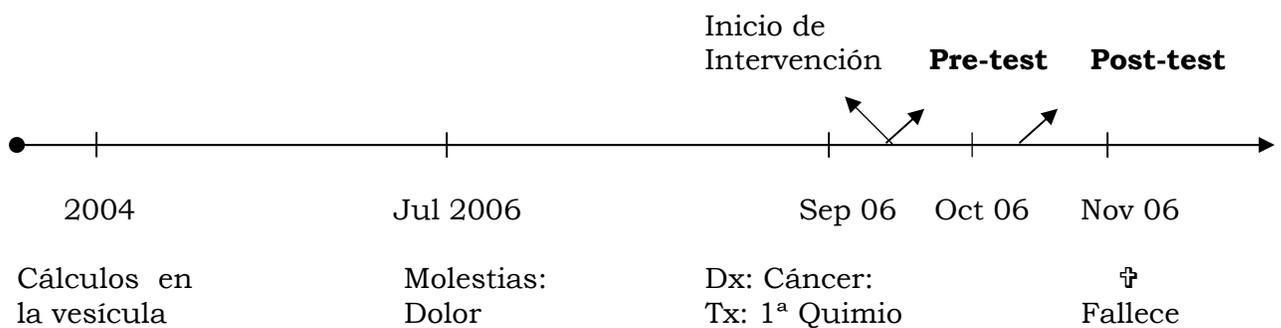


Diagnóstico al momento de la intervención: Cáncer de vesícula

DURACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: 4 semanas

### **LINEA DEL TIEMPO**

Antecedentes



En la Figura 7 se muestran los cambios entre el pre-test y el post-test en cuatro áreas del InCaViSa (Percepción de salud, percepción corporal, desempeño físico y funciones cognitivas). Al comparar el pretest con el post-test se observa que se presenta una disminución de la calidad de vida en dos áreas y en las otras dos, ésta se mantiene.

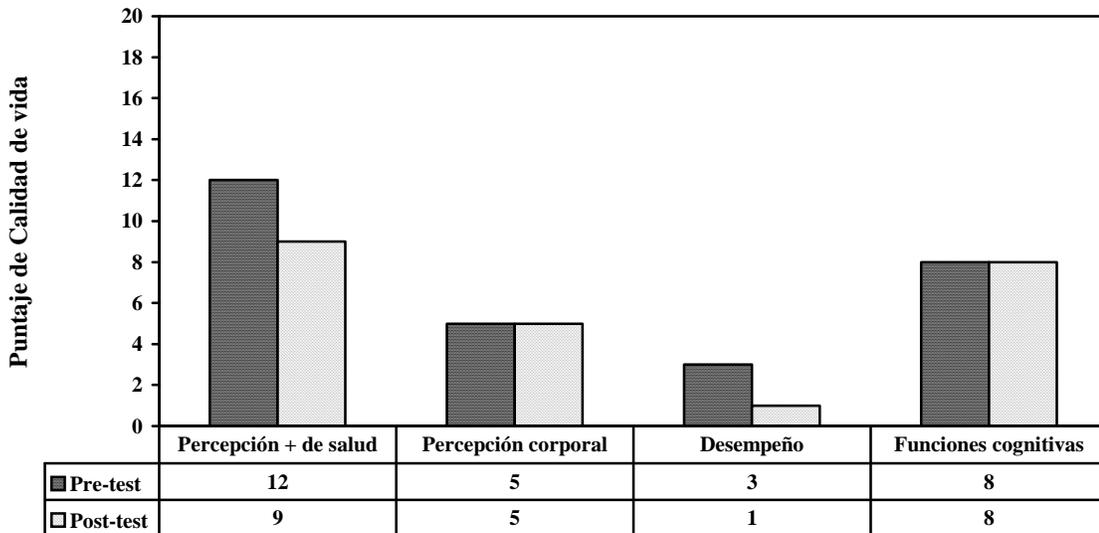


Fig 7. Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-test y Post-test).

En la Figura 8 se muestran los cambios entre el pre-test y el post-test en cuatro áreas del InCaViSa (Relaciones familiares, redes sociales, tiempo libre y relación con el médico) Se puede observar que hay un aumento en el puntaje de calidad de vida en las primeras dos áreas, disminuye el área del tiempo libre y se mantiene el puntaje en el área de relación con el médico.

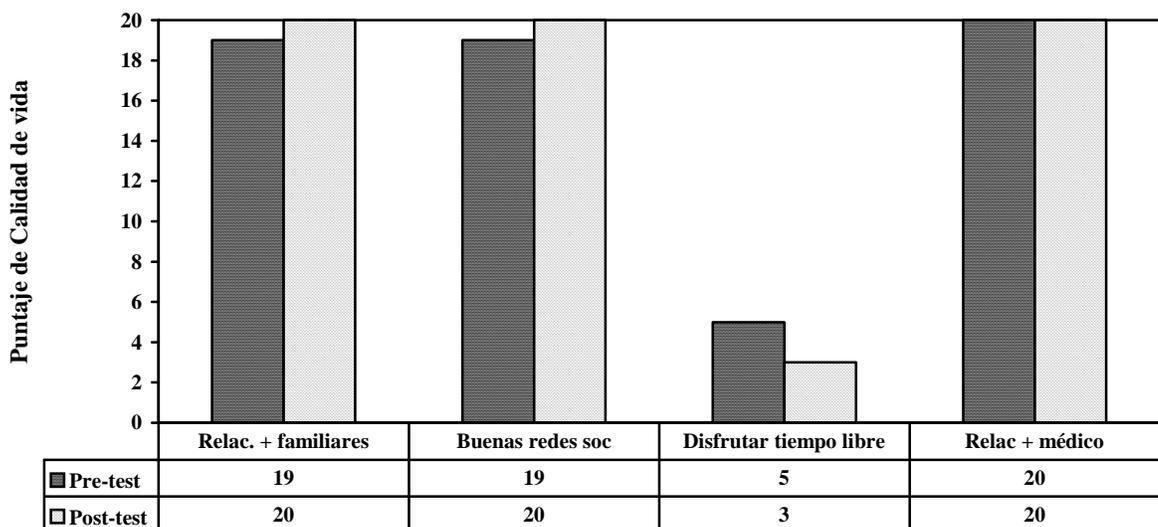


Fig 8. Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-test y Post-test).

En la Figura 9 se muestran los cambios entre el pre-test y el post-test en 5 áreas del InCaViSa que miden deterioro (Preocupaciones, aislamiento, actitud frente al tratamiento, vida cotidiana y dependencia médica) Los puntajes del post-test muestran una disminución en el deterioro de dos áreas, y un aumento en el deterioro de tres áreas.

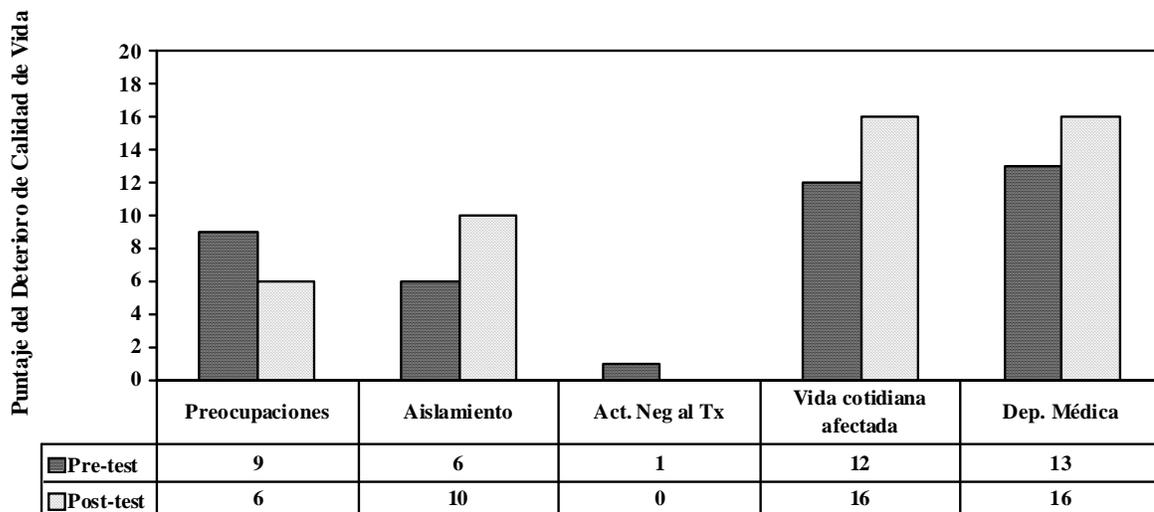


Fig 9. Comparación de resultados en 5 áreas de calidad de vida. (Pre-test y Post-test)

En la Figura 10 se muestran los cambios del nivel de depresión pre-test y post-test. Observamos que el paciente se mantiene en un nivel moderado de depresión.

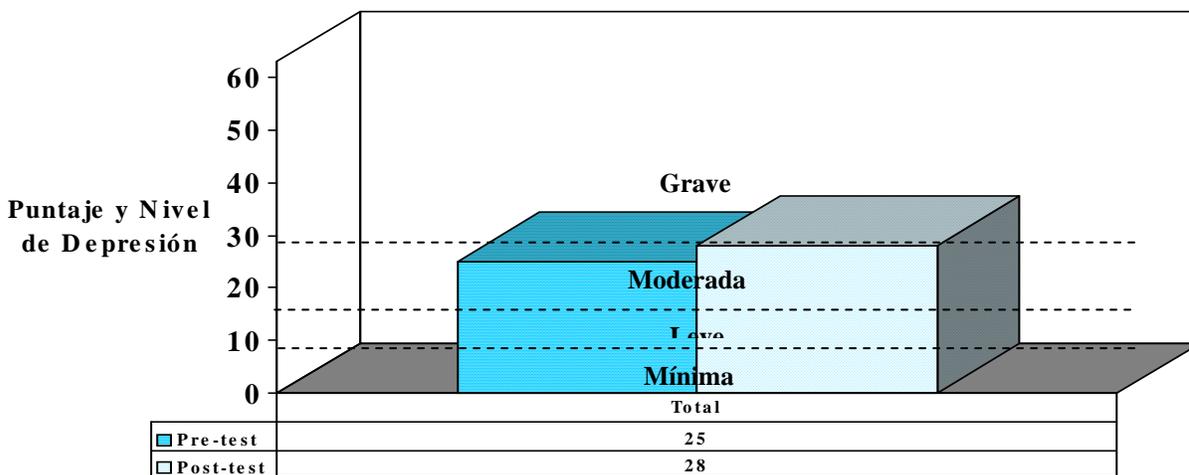


Fig 10. Comparación en niveles de depresión (IDB). (Pre-test y post-test)

En la Figura 11 se muestran los cambios del nivel de ansiedad entre el pre-test y el post-test. Observamos que el paciente se mantiene en un nivel de ansiedad moderado en los dos registros.

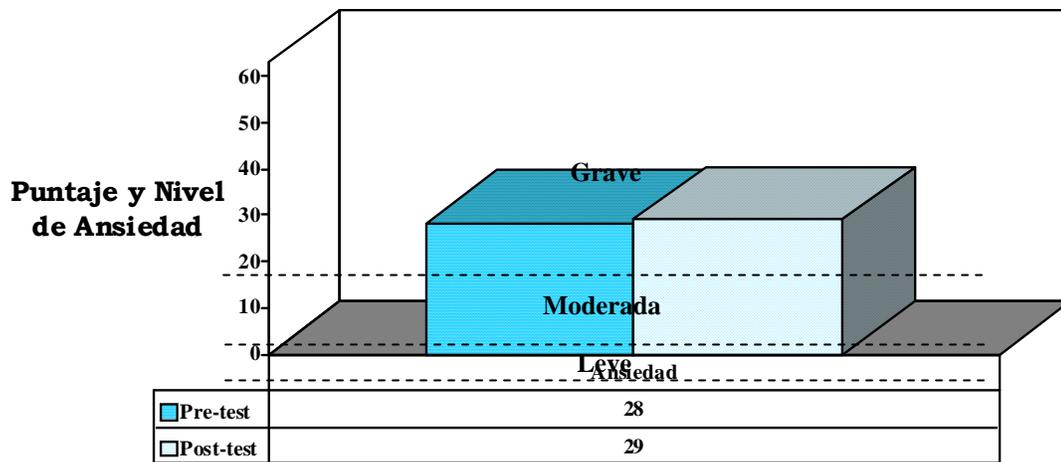


Fig 11. Comparación en niveles de ansiedad (IAB). (Pre-test y post-test)

En la Figura 12 se observan los puntajes del malestar físico y del bienestar y malestar emocional del sujeto dos a lo largo de las semanas que duró el autorregistro (4 en total). Se puede observar como el malestar físico va aumentando a lo largo de las semanas para tocar el punto más alto en la última semana. El bienestar emocional se mantiene casi constante, mientras que el malestar emocional, después de disminuir en la segunda semana, aumenta hasta quedar igual que en la primera semana.

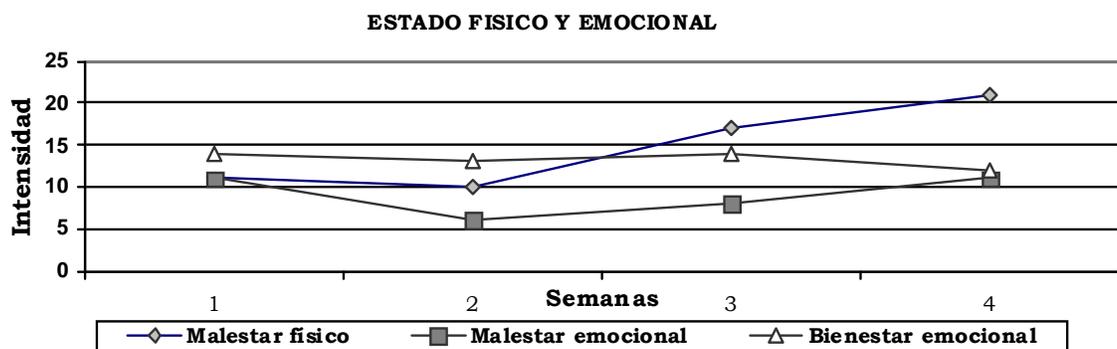


Fig 12. Comparación de los puntajes de malestar físico, malestar y bienestar emocional por semana de acuerdo al autorregistro diario.

## Aspectos importantes, reportados por semana:

- Inflamada del vientre por retención de líquidos/tos por líquido en
1. pulmones// mucha preocupación por morir porque ella es el pilar de la familia; no puede llorar

---
2. Aumenta tos/ necesita que la drenen // no expresa emociones para que no se preocupe su familia

---
3. Enfrentamiento familiar muy fuerte; tristeza y enojo. 2<sup>a</sup> quimioterapia

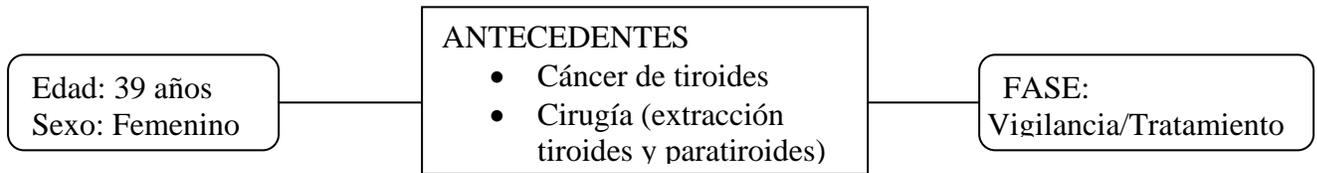
---
4. Crisis por quimio

---

FALLECE

# PACIENTE 3

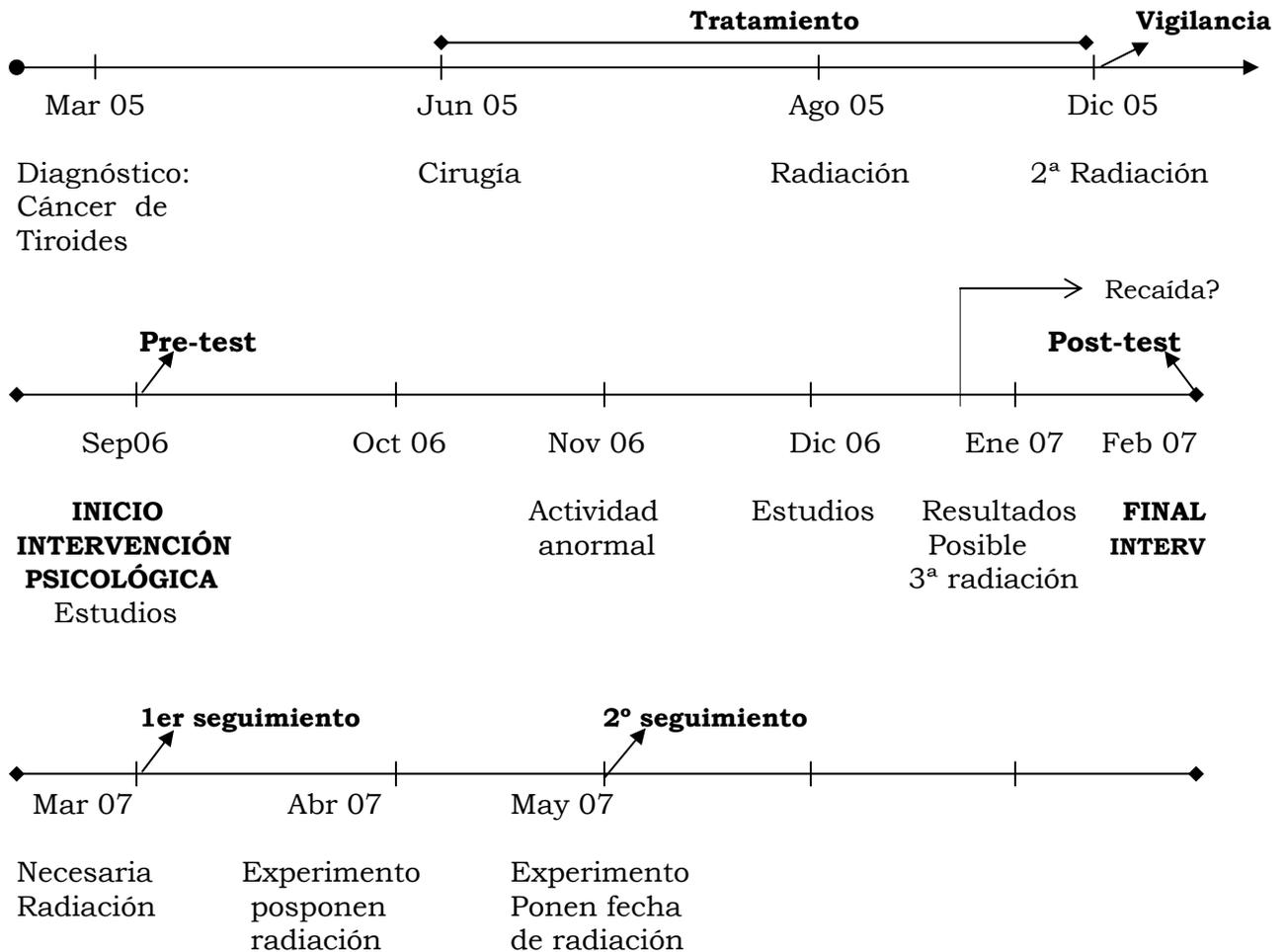
Tiempo del diagnóstico de cáncer: 1 año 6 meses



DURACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: 21 semanas

## LINEA DEL TIEMPO

### Antecedentes



En la Figura 13 se muestran los cambios en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2) de cuatro áreas del InCaViSa (Percepción de salud, percepción corporal, desempeño físico y funciones cognitivas). Al comparar el pre-test con el post-test se observa una disminución de la calidad de vida en dos áreas y un aumento en las otras dos. Para el último seguimiento tres áreas aumentan con respecto al pre-test y una disminuye, y con respecto al post-test dos disminuyen y una aumenta.

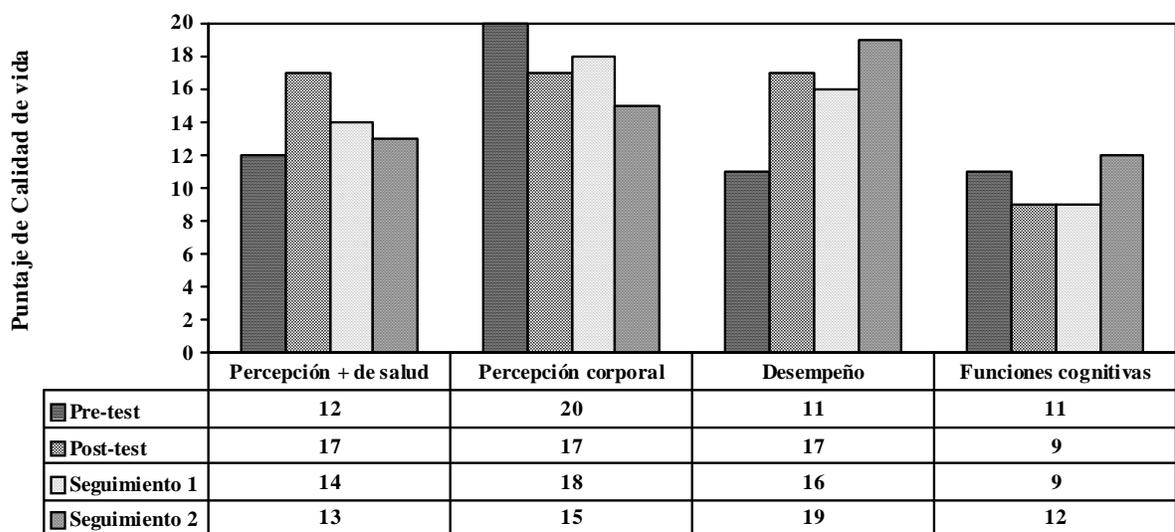


Fig 13 Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.).

En la figura 14 se muestran los cambios en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2) de cuatro áreas del InCaViSa (Relaciones familiares, redes sociales, tiempo libre y relación con el médico) Se puede observar que en el post-test hay una disminución en el puntaje de calidad de vida en las primeras dos áreas y un aumento en las últimas dos con respecto al pretest y en el segundo seguimiento se observa, con respecto al post-test, aumento en dos áreas y una importante disminución en la de relación con el médico.

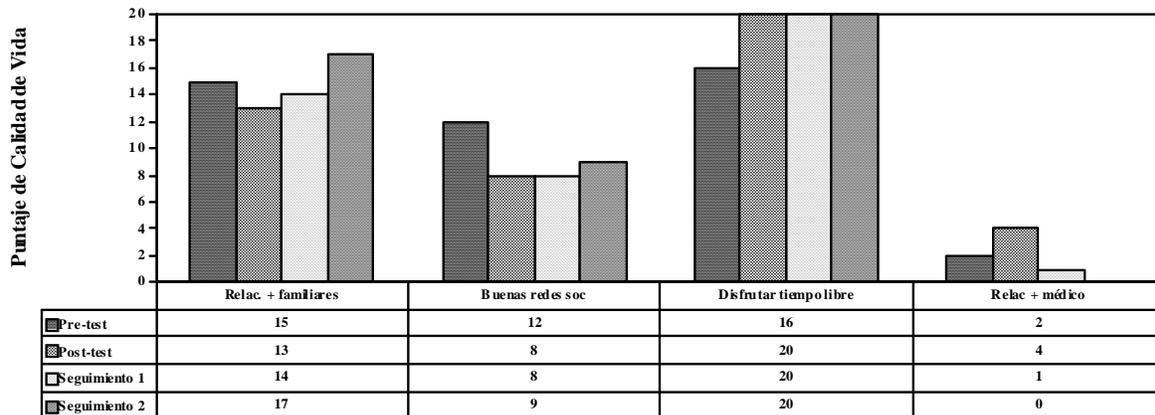


Fig 14. Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.).

En la Figura 15 se muestran los cambios en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2) de las cinco áreas del InCaViSa que miden malestar (Preocupaciones, aislamiento, actitud frente al tratamiento, vida cotidiana y dependencia médica). Se puede observar que el área que presenta mayor deterioro a lo largo de los registros es la de aislamiento, sin embargo, presenta disminución en el post-test. Por otro lado, la vida cotidiana afectada y la dependencia médica no muestran ningún deterioro en los diferentes registros. El área de preocupaciones se mantiene constante con un puntaje bajo, el cual disminuye más para el seguimiento dos.

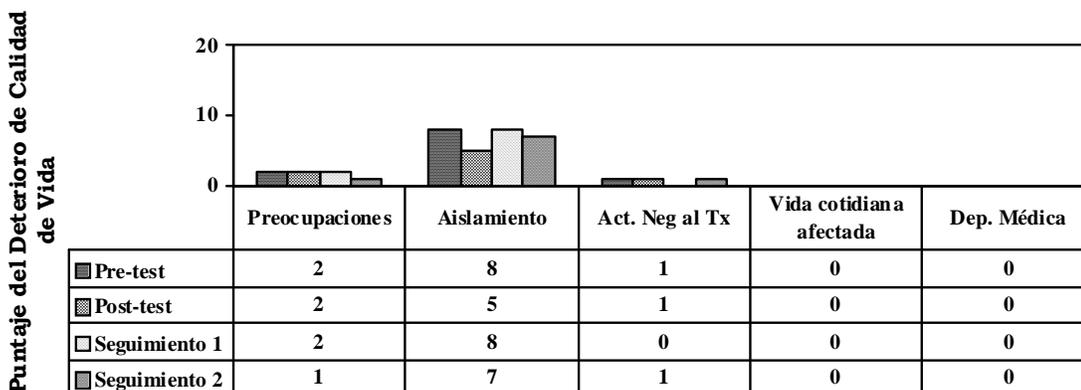


Fig 15. Comparación de resultados en 5 áreas de calidad de vida. (pretest, post-test, seguimiento 1 y 2)

En la Figura 16 se muestran los cambios del nivel de depresión en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2). Observamos que en los tres primeros registros el paciente presenta un nivel de depresión moderada, disminuyendo el puntaje en el post-test y aumentando en el primer seguimiento, sin embargo para el segundo seguimiento la depresión disminuye a leve.

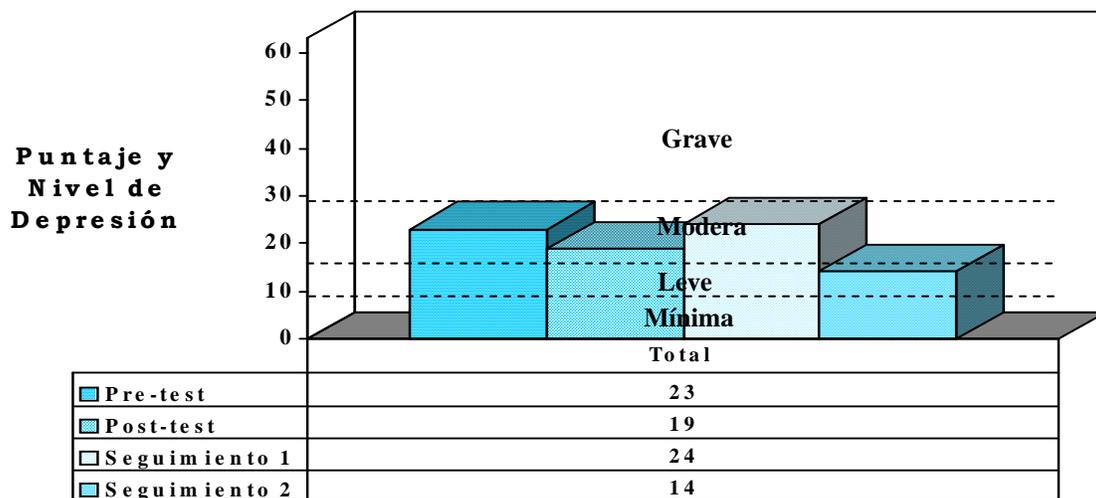


Fig 16. Comparación en niveles de depresión (IDB). (Pre-test, Post-test, Seguimiento1 y 2.)

En la figura 17 se muestran los cambios del nivel de ansiedad en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y 2). Observamos que la paciente antes de la intervención presenta un nivel leve de ansiedad, el cual disminuye al final de la intervención y se mantiene en los dos seguimientos posteriores.

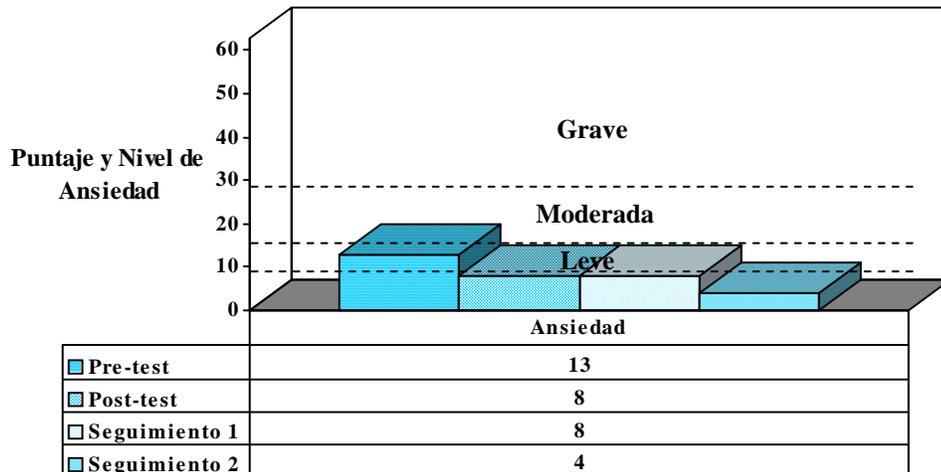


Fig 17. Comparación en niveles de ansiedad (IAB). (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.)

En la Figura 18 se observan los puntajes del malestar físico y del bienestar y malestar emocional del sujeto tres a lo largo de las semanas que duró el autorregistro (17 en total). Se observa muy poca variación en los datos a lo largo de las semanas en las tres áreas a registrar.

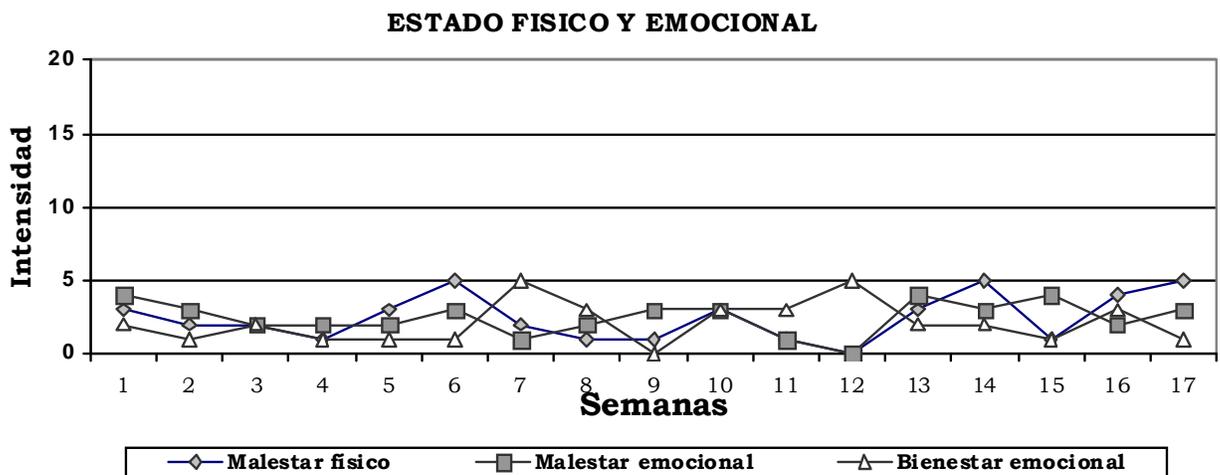


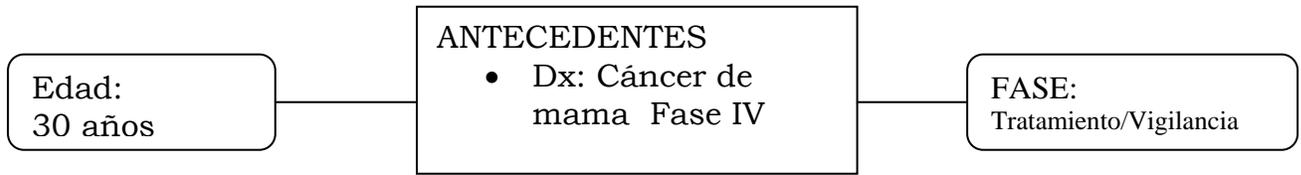
Fig 18. Comparación de los puntajes de malestar físico, malestar y bienestar emocional por semana de acuerdo al autorregistro diario.

Aspectos importantes, registrados por semana:

1.	Ansiedad por estar sola/enojo con papá	7.	Problemas con hermano	13	Presión para experimento y radiación pospuesta
2.	Enojo con papá y esposo	8.	Tomografía	14	Tesis // Posible recaída
3.	Cita en hospital	9	Posible recaída/ radiación pospuesta	15	Cumple años hijo mayor
4	Presión en el trabajo	10	Presión en trabajo	16	Menos presión y mejor en tesis
5.	Curso y más presión	11	Bien tesis; hijo enferma	17	Problemas en trabajo
6.	Cena familiar/dolor estómago	12	Trabajo en tesis		

## PACIENTE 4

Tiempo del diagnóstico de cáncer: 3 meses

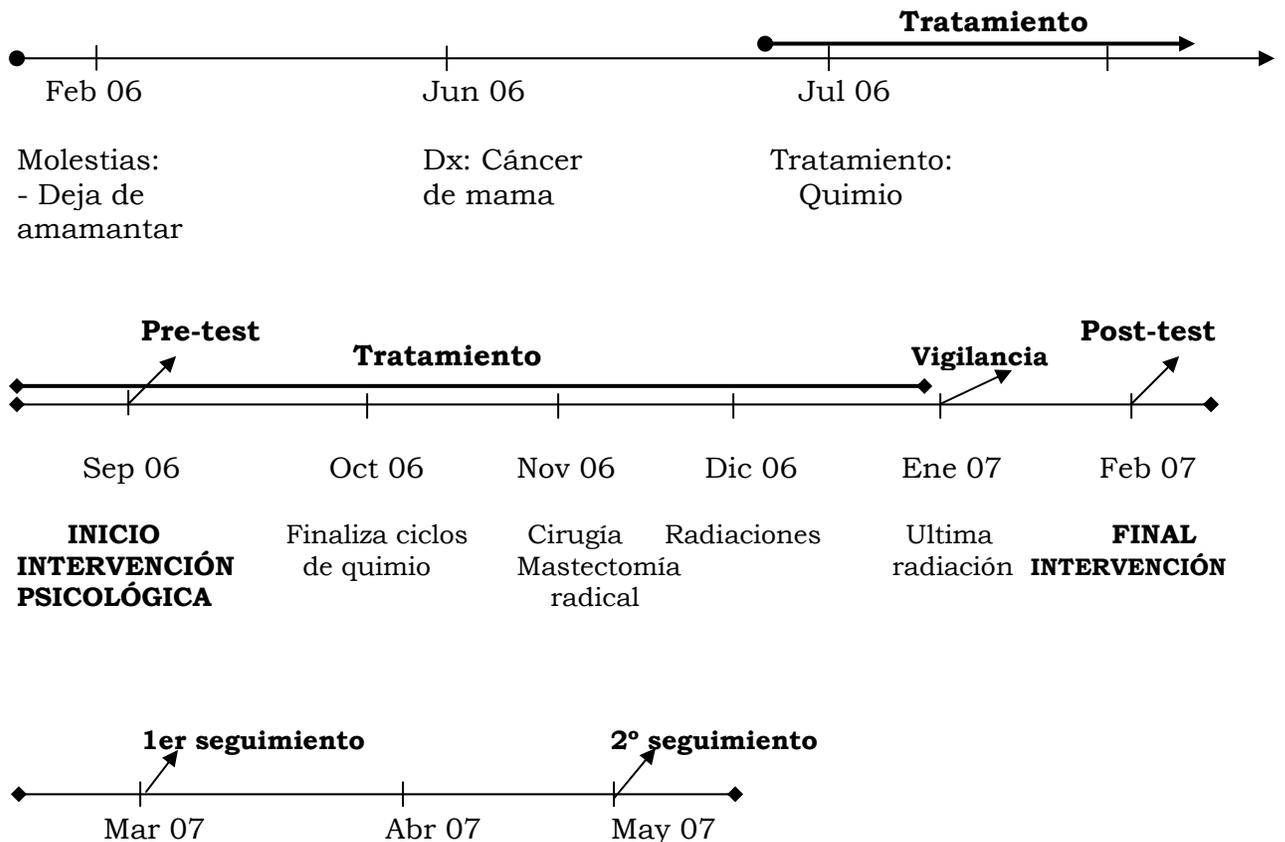


Diagnóstico al momento de la intervención: Cáncer de mama

DURACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: 20 semanas

### LINEA DEL TIEMPO

Antecedentes



En la Figura 19 se muestran los cambios en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2) de cuatro áreas del InCaViSa (Percepción de salud, percepción corporal, desempeño físico y funciones cognitivas). Al comparar el pretest con el post-test se observa un aumento de la calidad de vida en las cuatro áreas. Para el último seguimiento dos áreas aumentan y dos disminuyen con respecto al post-test, pero no con respecto al pretest.

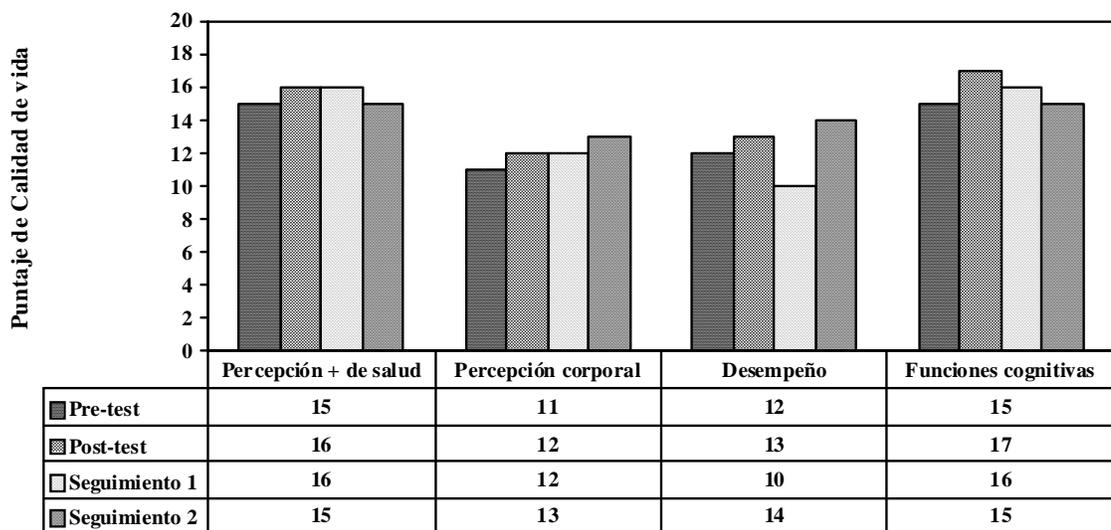


Fig 19 Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.).

En la Figura 20 se muestran los cambios en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y 2) de 4 áreas del InCaViSa (Relaciones familiares, redes sociales, tiempo libre y relación con el médico). Se puede observar que al principio de la intervención el área más afectada es la del tiempo libre pero al final es la que más mejoría mostró. Al final de la intervención aumenta la calidad de vida en dos áreas, en una disminuye y en otra se mantiene con respecto al pre-test y en el segundo seguimiento los puntajes se mantienen en tres áreas y disminuyen en una con respecto al post-test.

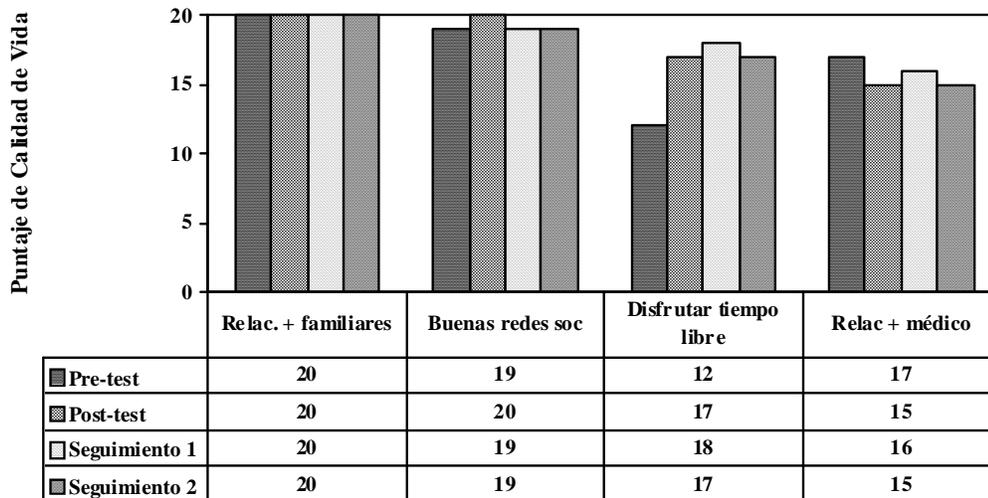


Fig 20. Comparación de resultados en 4 áreas de Calidad de vida. (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.).

En la Figura 21 se muestra el deterioro en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2) de cinco áreas del InCaViSa (Preocupaciones, aislamiento, actitud frente al tratamiento, vida cotidiana y dependencia médica). Se puede observar, desde el inicio de la intervención, que es poco el deterioro que presenta ésta paciente. Aún así el deterioro que presenta en el pre-test disminuye en cuatro áreas al final de la intervención y en una se mantiene con el mismo puntaje. Para el segundo seguimiento disminuye el deterioro en tres áreas con respecto al post-test y se mantiene igual en dos.

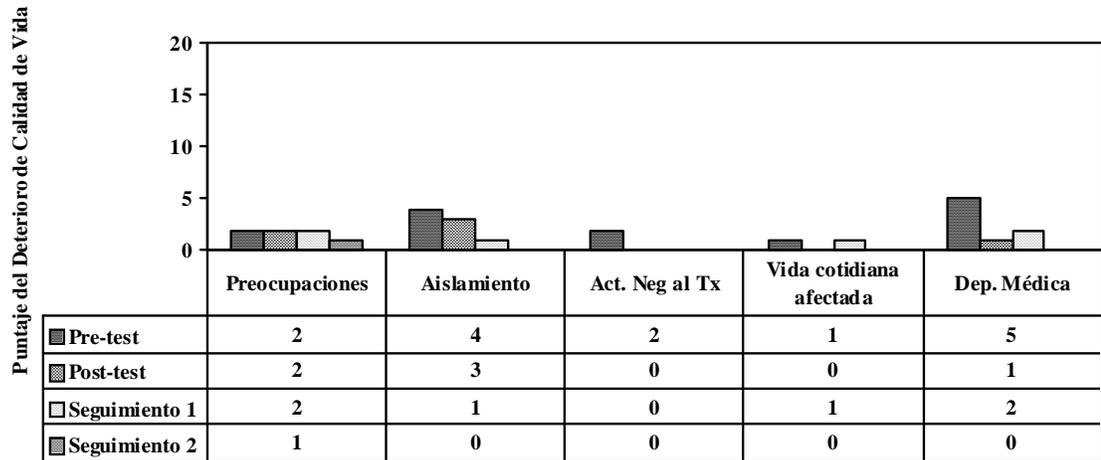


Fig 21. Comparación de resultados en 5 áreas de calidad de vida. (pretest, post-test, Seguimiento 1 y 2)

En la Figura 22 se muestran los cambios del nivel de depresión en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2). Observamos que antes de la intervención la paciente tenía un nivel de depresión leve y éste disminuye al final de la intervención a depresión mínima, manteniéndose así en los dos seguimientos posteriores.

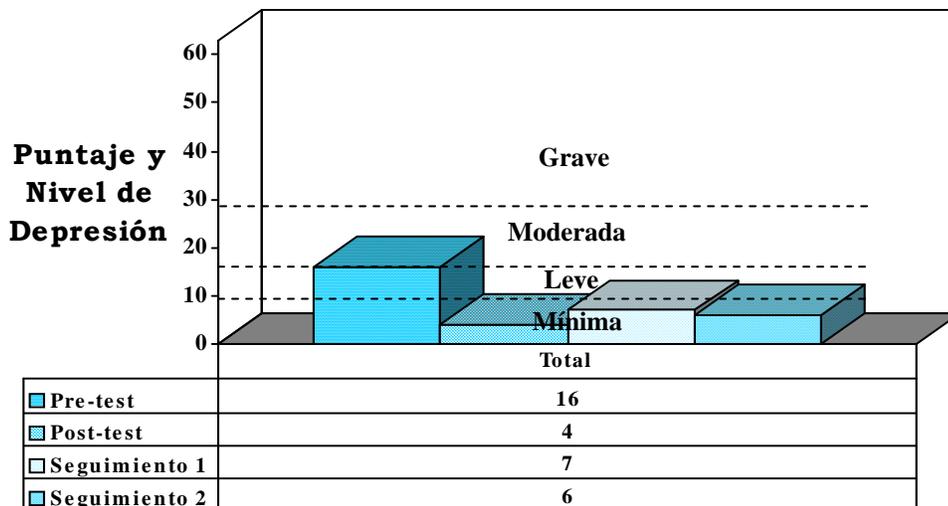


Fig 22. Comparación en niveles de depresión (IDB). (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.)

En la Figura 23 se muestran los cambios del nivel de ansiedad en los cuatro registros (pre-test, post-test, seguimiento1 y seguimiento2). Observamos que el paciente se mantiene en un nivel mínimo a lo largo de los cuatro registros, sin embargo se puede observar una disminución en los puntajes en el post-test y los seguimientos, con respecto al pre-test.

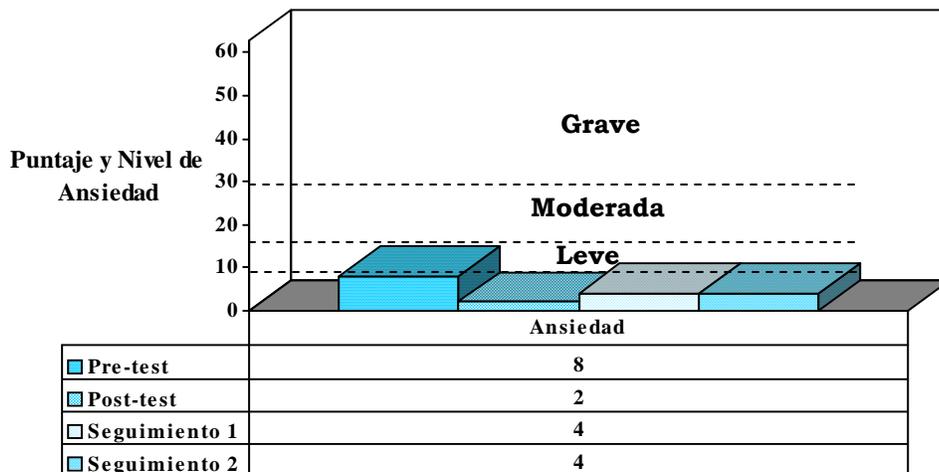


Fig 23. Comparación en niveles de ansiedad (IAB). (Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 y 2.)

En la Figura 24 se observan los puntajes del malestar físico y del bienestar y malestar emocional del sujeto cuatro a lo largo de las semanas que duró el autorregistro (19 en total). Se puede observar que a excepción de la semana 8 donde se observa una caída en el bienestar emocional y un aumento en el malestar emocional, se observan datos constantes a lo largo de las semanas, donde el bienestar emocional está considerablemente alto, el malestar emocional se encuentra muy bajo y el malestar físico un poco por arriba de éste último, hasta las cuatro últimas semanas donde está casi por igual que éste.

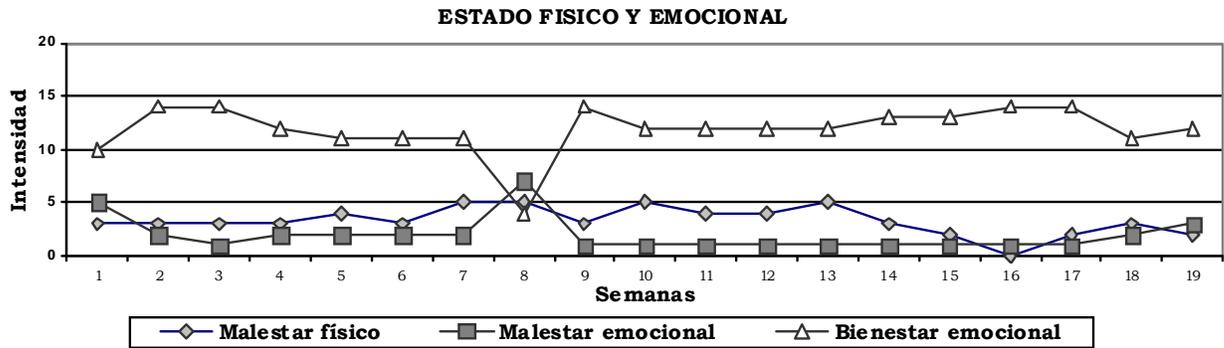


Fig 24. Comparación de los puntajes de malestar físico, malestar y bienestar emocional por semana de acuerdo al autorregistro diario.

Aspectos importantes, reportados por semana:

1. Quimio/ enojo con esposo	8. Problemas con esposo	14 Ultima radiación
2. Quimio/ enojo con esposo	9. Siguen radiaciones	15 Org. regreso a casa
3. Última quimio	10 Prob. por radiación	16 Aumento de actividades
4 Estudios/Hijo enfermo	11 Regreso a trabajo	17 Preparan regreso a casa
5. Cirugía y recuperación	12 Cita ISSSTE	18 Regreso a casa
6. Sale de rehabilitación	13 Cansancio, ardor, comezón	19 Adaptación
7. 1ª radiación		

## 4.2 RESULTADOS GLOBALES

A continuación se presenta en la Tabla III los resultados, entre el pretest y el postest, de los cuatro pacientes, de acuerdo al número de áreas en las que sufrieron cambio, si éste implica una disminución o aumento de la calidad de vida y el promedio de cambio representado en porcentajes. (Los datos en mayúscula se refieren a los resultados de la comparación en el sujeto uno, entre la calidad de vida antes del diagnóstico de cáncer y después, a lo que llamaré “impacto del diagnóstico”.)

En el impacto del diagnóstico se observa que el paciente uno, sufre un deterioro de un 40% en 11 áreas del InCaViSa, al comparar antes y después del diagnóstico. Con respecto a la comparación de los datos, antes y después de la intervención psicológica, se observa que el paciente uno y cuatro, son los que presentaron mejoría en más áreas del InCaViSa, 10 áreas cada uno en un 25% y 10% respectivamente. En el paciente dos se observan más áreas con deterioro y en un mayor porcentaje (6 áreas con 15%), con respecto a las áreas donde mejora la calidad de vida (cuatro áreas con 8% de mejoría). En el paciente tres se observan cinco áreas con mejor calidad de vida en un 20%. Cuatro áreas con 14% de deterioro y cinco áreas sin modificación.

En la tabla IV se muestran los pacientes que presentaron mejoría, deterioro o que no sufrieron cambio de acuerdo a cada una de las áreas. En las primeras cuatro áreas referentes a la salud física, se observa que a nivel general hubo mayor mejoría que deterioro: en la que más pacientes mejoraron es en la de Percepción de Salud, tres pacientes de cuatro; en Percepción Corporal y Funciones Cognitivas, dos pacientes presentan mejoría y uno deterioro; y en Desempeño Físico dos pacientes mejoran y dos pacientes presentan deterioro. En las siguientes cuatro áreas (de la 5 a la 8) referentes a las relaciones (familiares, sociales y con el médico), se observa que en las áreas de Relaciones sociales y disfrute del tiempo libre, tres pacientes de cuatro presentan mejoría; en la de Relación con el médico, dos presentan mejoría y una deterioro y en la de Relaciones familiares dos no presentan cambio, uno mejora y en uno se observa deterioro. En las siguientes cinco áreas (de la 9 a la 13), referentes a aspectos emocionales negativos, tres pacientes de cuatro presentan mejoría en el área de Aislamiento; dos presentan mejoría en Preocupaciones, Actitud negativa y Vida cotidiana afectada, de las cuáles, sólo en un área (Vida cotidiana afectada) se observa deterioro (en un paciente). En el área de Dependencia médica, en dos pacientes hay deterioro y en uno mejoría, es la única área donde se observa que más pacientes presentan deterioro que mejoría. Por último, en el área de Bienestar y Salud se observa que tres pacientes de cuatro no presentan cambio y uno presenta mejoría.

Tabla III. Resultados de comparación de cambio, por sujeto, de acuerdo al número de áreas en las que hubo cambio y el promedio de éste representado en puntos y porcentaje.

		Calidad de vida	Promedio	%
*Impacto del Diagnóstico	+	2 ÁREAS	3.5 PUNTOS	18%
	-	// ÁREAS	8 PUNTOS	40%
	=	0 ÁREAS		
SUJETO		Calidad de vida	Promedio	%
1	+	<b>10 áreas</b>	<b>5 puntos</b>	<b>25%</b>
	-	2 áreas	5.5 puntos	28%
	=	2 áreas		
2	+	<b>4 áreas</b>	<b>1.5 puntos</b>	<b>8%</b>
	-	6 áreas	3 puntos	15%
	=	4 áreas		
3	+	<b>5 áreas</b>	<b>4 puntos</b>	<b>20%</b>
	-	4 áreas	2.7 puntos	14%
	=	5 áreas		
4	+	<b>10 áreas</b>	<b>2 puntos</b>	<b>10%</b>
	-	1 áreas	2 puntos	10%
	=	3 áreas		
		+: Mejoría	-: Deterioro	=: Sin cambio

\*Comparación Antes del dx y después del dx.  
Sólo fue posible la medición en el sujeto 1.

Tabla IV. Pacientes que presentaron mejoría, deterioro o ningún cambio de acuerdo a las áreas del InCaViSa.

AREAS InCaViSa	Sujetos				Total		
	1	2	3	4	Mejoría	Deterioro	Sin cambio
1. Percepción de salud	✓	X	✓ *	✓	3	1	0
2. Percepción corporal	✓ *	=	X	✓	2	1	1
3. Desempeño físico	X *	X	✓ *	✓	2	2	0
4. Funciones cognitivas	✓ *	=	X	✓	2	1	1
5. Relaciones familiares	=	✓	X	=	1	1	2
6. Redes sociales	✓ *	✓	X *	✓	3	1	0
7. Disfrute de tiempo libre	✓ *	X	✓ *	✓ *	3	1	0
8. Relación con el médico	✓ *	=	✓	X	2	1	1
9. Preocupaciones	✓ *	✓	=	=	2	0	2
10. Aislamiento	✓ *	X *	✓	✓	3	1	0
11. Actitud negativa al tx	=	✓	=	✓	2	0	2
12. Vida cotidiana afectada	✓ *	X *	=	✓ *	2	1	1
13. Dependencia médica	X *	X	=	✓ *	1	2	1
14. Bienestar y Salud	✓ *	=	=	=	1	0	3

✓ Mejoría                      X Deterioro                      = Sin cambio                      \* significativo

Con respecto a los niveles de depresión y ansiedad en la siguiente tabla se observan los cambios entre el pretest y el posttest. De los cuatro pacientes dos mejoraron en puntaje pero sólo uno mejoró significativamente, pasando de nivel de depresión moderada a mínima y los otros tres a pesar de los cambios, se mantuvieron en el mismo nivel (moderado). Con respecto al impacto del diagnóstico vemos que hay una disminución de la depresión pasando de moderada a leve. Al observar los cambios en la ansiedad vemos que el impacto del diagnóstico nos muestra un aumento significativo en la ansiedad, pasando de mínima a leve. Con respecto a la intervención, al final de ésta 3 pacientes disminuyen su ansiedad aunque sólo uno es significativo, pasando de leve a mínima.

Tabla V. Cambios en niveles de depresión y ansiedad (impacto del diagnóstico y pretest-postest )

	Depresión					Ansiedad				
	Pretest	Posttest		Cambio en %	Pretest	Posttest		Cambio en %		
*Impacto dx	Moderado	22	15	Leve	-31%	Mínima	10	15	Leve	+50%
Sujeto										
1	Moderado	15	18	Moderado	+20%	Leve	15	11	Leve	-27%
2	Moderado	25	28	Moderado	+12%	Moderado	28	29	Moderado	+4%
3	Moderado	23	19	Moderado	-17%	Leve	13	8	Mínima	-39%
4	Moderado	16	4	Mínimo	-75%	Mínima	8	2	Mínima	-75%

\*Comparación Antes del dx y después del dx.  
Sólo fue posible la medición en el sujeto 1.

A continuación se muestran los cambios que los pacientes presentaron a lo largo del tratamiento con respecto al malestar físico y al malestar y bienestar emocional. Los datos se obtuvieron de los autorregistros diarios que los pacientes hacían en un cuadernillo que se les proporcionaba semanalmente. Se sacó la sumatoria del promedio de los síntomas físicos y emocionales por

semana y éstos se dividieron en tres grupos: malestar físico, malestar emocional y bienestar emocional

En la figura 25 se muestran los cambios en el malestar físico, por paciente, a lo largo de las semanas en las que se llevó a cabo el autorregistro. Los datos se obtuvieron de la sumatoria del promedio (por semana) de los puntajes asignados a 12 síntomas físicos. Como se puede observar, el sujeto 2 es el que presenta mayor malestar emocional, el cual conforme pasa el tiempo aumenta. En el sujeto 1 se muestra un claro aumento del malestar emocional a partir de la 6ª semana. Por otro lado el sujeto 3 y 4 mantienen una tendencia similar en sus puntajes.

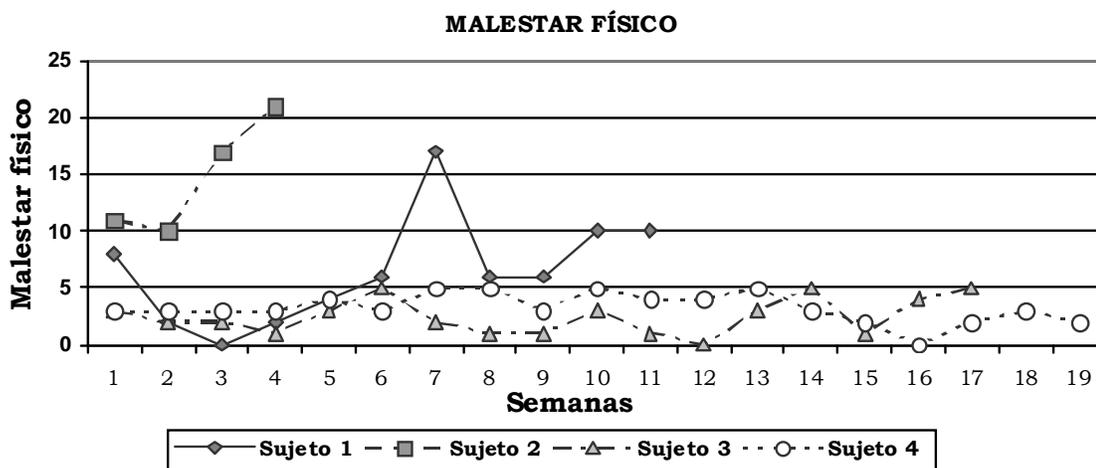


Fig 25. Comparación de los puntajes de malestar físico por semana de acuerdo al autorregistro diario.

En la tabla VI se muestran los resultados de la comparación del promedio entre la primera semana de autorregistro y la última semana del tratamiento que tuvo cada sujeto a lo largo de la intervención con respecto al malestar físico. Se observa que 3 pacientes presentan aumento significativo en el malestar físico y uno presenta disminución significativa.

Tabla VI. Resultados del pre-test y post test , así como la media a lo largo de la intervención, del autorregistro de malestar físico

MALESTAR FÍSICO				
Sujeto	Pre-test	$\bar{x}$	Post-test	Cambio en %
1	7.9	6.5	10	+27%
2	10.6	14.7	21.4	+102%
3	3	2.7	4.6	+53%
4	3	3.2	2	-33%

En la figura 26 se muestran los cambios en el malestar emocional, por paciente, a lo largo de las semanas en las que se llevó a cabo el autorregistro. Los datos se obtuvieron del promedio total de la sumatoria del promedio semanal de los puntajes asignados a 6 diferentes estados de ánimo (triste, enojado, preocupado, tenso, angustiado y nervioso). Como se puede observar el sujeto dos es el que presenta mayor malestar emocional y aunque en un inicio éste disminuye notablemente, conforme se acerca la muerte, aumenta notablemente. Lo mismo sucede con el sujeto uno, el cuál después de una disminución importante del malestar en las primeras semanas de la intervención; a partir de la semana cinco el aumento de éste es notorio (conforme más cercana la muerte). Por otro lado el sujeto tres se mantiene en una media de tres con algunas variaciones y en el paciente cuatro se percibe también cierta estabilidad a excepción de la semana ocho en la que aumenta notablemente el malestar emocional.

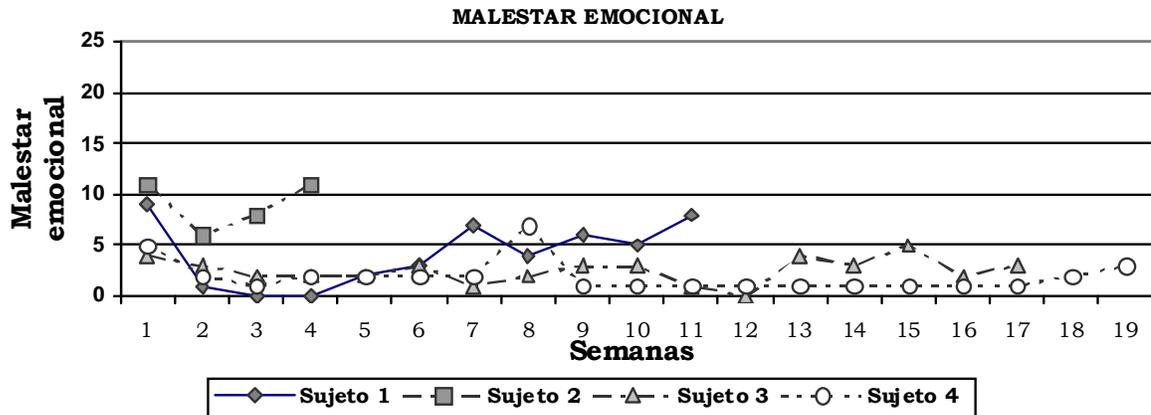


Fig 26. Comparación de los puntajes de malestar emocional por semana de acuerdo al autorregistro diario.

En la tabla VII se muestran los resultados de la comparación del promedio entre la primera semana de autorregistro y la última semana del tratamiento que tuvo cada sujeto a lo largo de la intervención con respecto al malestar emocional. Se observa que los cuatro pacientes presentan disminución en el malestar emocional siendo significativa dicha disminución en el paciente tres y cuatro.

Tabla VII. Resultados del pre-test y post test , así como la media a lo largo de la intervención, del autorregistro de malestar emocional

**MALESTAR EMOCIONAL**

Sujeto	Pre-test	$\bar{x}$	Post-test	Cambio en %
1	8.8	4	7.5	-15%
2	11.4	9.2	10.9	-4%
3	4	2.5	3	-25%
4	4.8	2.1	3.1	-35%

En la figura 27 se muestran los cambios en el bienestar emocional, por paciente, a lo largo de las semanas en las que se llevó a cabo el autorregistro. Los datos se obtuvieron del promedio total de la sumatoria del promedio semanal de los puntajes asignados a cinco diferentes estados de ánimo (entusiasmado, tranquilo, relajado, amado y cuidado). Como se puede observar en el sujeto uno éste tiende a disminuir paulatinamente conforme se acerca a la muerte; en el sujeto dos observamos que la variación es muy poca pero que reporta un bienestar emocional bastante alto, aún una semana antes de fallecer. En el sujeto tres y cuatro observamos que la variación es muy poca a excepción del sujeto 4 en la semana 8 donde el bienestar disminuye notablemente.

### BIENESTAR EMOCIONAL

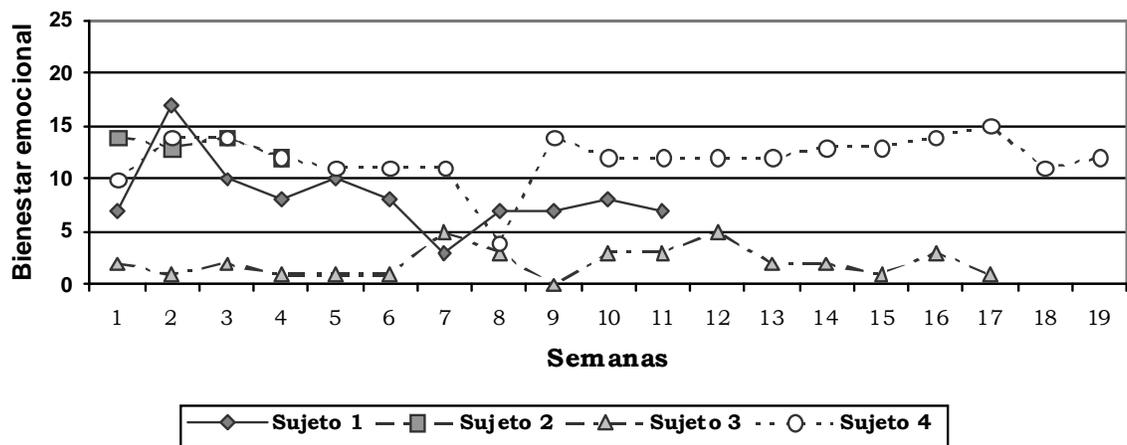


Fig 27. Comparación de los puntajes de bienestar emocional por semana de acuerdo al autorregistro diario.

En la tabla VIII se muestran los resultados de la comparación del promedio entre la primera semana de autorregistro y la última semana del tratamiento que tuvo cada sujeto a lo largo de la intervención con respecto al bienestar emocional. Se observa que 3 pacientes presentan aumento en el bienestar aunque sólo uno es significativo. Sólo el paciente 3 presenta deterioro.

Tabla VIII. Resultados del pre-test y post test , así como la media a lo largo de la intervención, del autorregistro de bienestar emocional

BIENESTAR EMOCIONAL				
Sujeto	Pre-test	$\bar{x}$	Post-test	Cambio en %
1	6.6	8.5	7.2	+9%
2	13.5	13	12.1	+10%
3	2	2.1	1	-100%
4	9.9	11.9	12.3	+24%

En la tabla IX se muestran los resultados globales del cambio clínico en porcentaje en las Áreas del InCaViSa, en Depresión, Ansiedad, Malestar físico, Malestar emocional y Bienestar emocional, en los cuatro sujetos y con respecto al impacto del diagnóstico.

En la tabla 9. Cambio clínico en porcentajes al postest en: Calidad de Vida, Depresión, Ansiedad; Malestar físico, Malestar emocional y Bienestar emocional.

	InCaViSa	No. áreas	Ansiedad	Depresión	Malestar físico	Malestar emocional	Bienestar emocional
Imp. Dx	+18% -40%	2 12	<b>+50%</b>	<b>-31%</b>	-----	-----	-----
1	<b>+25%</b> <b>-28%</b>	10 2	<b>-27%</b>	<b>+20%</b>	<b>+27%</b>	-15%	+9%
2	+8% -15%	4 6	+4%	+12%	<b>+102%</b>	-4%	+10%
3	<b>+20%</b> -14%	5 4	<b>-39%</b>	-17%	<b>+53%</b>	<b>-25%</b>	<b>-100%</b>
4	+10% -10%	10 1	<b>-75%</b>	<b>-75%</b>	<b>-33%</b>	<b>-35%</b>	<b>+24%</b>

+: Aumenta  
-: Disminuye

## V. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio consistió en determinar los efectos que tiene la enfermedad del cáncer en la calidad de vida y el bienestar del paciente, así como examinar los efectos de una intervención psicológica con el fin de preservar el bienestar y la calidad de vida en los pacientes.

Los resultados obtenidos con respecto a la intervención psicológica al término del estudio presentaron algunas variaciones de sujeto a sujeto, esto se puede explicar por las diferencias que presentan en: la fase de la enfermedad, la ubicación y tipo de cáncer, los diferentes síntomas y el tiempo de la intervención; por lo que se discutirán los resultados por caso.

De acuerdo a todas estas variables se puede suponer que el simple paso del tiempo, en la extensión estudiada aquí, no contribuyó a mejorar su bienestar y calidad de vida; los cambios al postest podrían entonces atribuirse en principio a la intervención psicológica.

Todos los participantes mostraron resultados positivos y favorables al final de la intervención, con respecto a lo esperado por el tipo de cáncer, la fase de la enfermedad, la fase del tratamiento y su sintomatología física.

El estudio arrojó, con respecto al primer propósito de determinar los efectos antes y después del diagnóstico de la enfermedad (impacto del diagnóstico), que sí hay importantes efectos negativos en la calidad de vida del paciente. En los resultados del sujeto uno antes y después del diagnóstico se observó cómo hay un impacto negativo en su calidad de vida con un deterioro del 40%, en

promedio, en doce de las catorce áreas que mide el InCaViSa, siendo significativo este deterioro en las siguientes nueve áreas: bienestar y salud, percepción de salud, percepción corporal, desempeño físico, disfrute del tiempo libre, preocupaciones, aislamiento, actitud frente al tratamiento y vida cotidiana afectada.

Se observó un impacto positivo en las áreas de relación familiar y dependencia médica donde hubo una mejoría del 18%. Los niveles de depresión mejoraron significativamente, pasando de depresión moderada a leve. La ansiedad aunque aumentó, se mantuvo en un nivel leve.

El análisis de los resultados **por paciente**, mostró que el sujeto uno a pesar de encontrarse en fase terminal, al final de la intervención psicológica, con un impacto negativo en su estado físico, presentó aumento significativo de su calidad de vida en diez áreas del InCaViSa: bienestar y salud, percepción de salud, percepción corporal, funciones cognitivas, preocupaciones, aislamiento, disfrute del tiempo libre, vida cotidiana afectada, redes sociales y relación con el médico; mostrando deterioro significativo de su calidad de vida, únicamente en dos áreas: desempeño físico y dependencia médica.

La ansiedad disminuyó significativamente, aunque se mantuvo en un nivel leve y su depresión aumentó significativamente aunque también se mantuvo en la categoría de moderada. Con respecto al estado físico y emocional que autorreportó, se observa que a pesar del aumento del 26% en el malestar físico, su bienestar emocional aumenta 9% y su malestar emocional disminuye casi 15%, es decir que hubo una mejoría considerable.

En el sujeto dos, con quien la intervención termina a la cuarta semana, debido a su estado físico inconciente, seguido una semana después por la muerte, encontramos mejoría de su calidad de vida, aunque no significativa, en cuatro áreas: relaciones familiares, redes sociales, preocupaciones y actitud hacia el tratamiento; deterioro significativo en dos: aislamiento y vida cotidiana afectada, junto con percepción de salud, desempeño físico, disfrute del tiempo libre y dependencia médica, las cuales también sufrieron deterioro pero sin ser significativo. Los niveles de depresión y ansiedad se mantuvieron sin cambio significativo. Su malestar físico aumentó significativamente, en un 100%, mientras que su bienestar emocional aumentó un 10% y su malestar emocional no sufrió cambio significativo.

En el sujeto tres que al final de la intervención psicológica presentaba recaída y un aumento significativo en su malestar físico, hubo mejoría significativa de su calidad de vida en tres áreas de cinco que mejoraron: percepción de salud, desempeño físico y disfrute del tiempo libre. Por otro lado se observó deterioro significativo en un área del InCaViSa (redes sociales) de cuatro que disminuyeron. Se obtuvo mejoría significativa con respecto a la ansiedad, pasando de leve a mínima. Su nivel de depresión también disminuyó pero no significativamente. A nivel emocional su malestar disminuye significativamente, pero su bienestar también.

Por último en el sujeto cuatro que al final de la intervención psicológica se encontraba en fase de vigilancia, con un buen pronóstico médico y una mejoría significativa en su malestar físico, se observó que hay mejoría significativa de su calidad de

vida en tres de diez áreas que mejoraron: vida cotidiana afectada, dependencia médica y disfrute del tiempo libre. Únicamente se observa deterioro, y no significativo, en un área del InCaViSa: relación con el médico. Hubo también mejoría significativa con respecto a los niveles de depresión y ansiedad. Su estado emocional también mejora significativamente, al disminuir el malestar emocional un 35% y aumentar su bienestar un 24%.

De acuerdo a las diferentes **variables** que se trabajaron en este estudio los resultados muestran que el impacto de la intervención psicológica en la **Calidad de Vida** de los sujetos, fue positivo. En los sujetos uno, dos y tres, de acuerdo a la fase de la enfermedad (terminal y recaída), al aumento en el malestar físico, a los síntomas que presentaban y a su nivel de depresión (moderada), lo esperado era una disminución importante en su calidad de vida, sin embargo los resultados en este aspecto son alentadores: el sujeto uno tuvo mejoría significativa en ocho áreas y deterioro significativo en dos; el sujeto dos aunque no mostró mejoría significativa en ninguna área, sólo dos áreas sufrieron deterioro significativo, es decir, que doce áreas se mantuvieron sin cambio significativo; el sujeto tres aumentó significativamente su calidad de vida en tres áreas, y la disminuyó sólo en una, es decir que mantiene su calidad de vida en diez áreas. Por otro lado, el sujeto cuatro, el cual, al final de la intervención, está en mejores condiciones físicas que en un inicio y con un pronóstico favorable, muestra mejoría en diez áreas, siendo significativas tres y no presenta deterioro significativo en ninguna.

Aunque el sujeto uno y dos se encuentran en la misma fase de la enfermedad (terminal) al término de la intervención, el sujeto

uno presenta mayor mejoría que el sujeto dos. En el sujeto dos se puede atribuir a la corta duración de la intervención (cuatro semanas debido a su fallecimiento) la ausencia de cambios notables.

Esto muestra que la intervención cognitivo-conductual tiene efectos positivos importantes con respecto a la calidad de vida en los pacientes con cáncer; independientemente de la fase de la enfermedad en la que éstos se encuentren, pero el impacto más importante se observa en pacientes en fase terminal, la cual es efectiva para la preservación, y si es posible, el aumento de su calidad de vida y sugiere que a mayor duración de la intervención, aumenta el impacto positivo con respecto a esta variable.

El impacto que tuvo la intervención psicológica sobre la variable de la **Ansiedad** también resultó positivo, ya que en términos generales, disminuyó de forma significativa. Tres pacientes mostraron mejoría significativa y sólo el sujeto dos mantuvo su nivel de ansiedad sin mostrar cambios significativos.

Por lo que se refiere al nivel de **Depresión**, sólo el sujeto cuatro presentó mejoría significativa, pasando de nivel moderado a mínimo; los sujetos dos y tres se mantuvieron en un nivel moderado, sin mostrar cambios significativos y en el sujeto uno aumentó su depresión, de leve a moderada, al final de la intervención.

Estos resultados sugieren que la intervención psicológica tuvo efectos modestos respecto a la depresión en los pacientes que presentaban un pronóstico negativo como recaída o la muerte inminente. Además, se observa en los resultados, que estos

mismos tres sujetos muestran un aumento significativo en su malestar físico, por lo que es probable que el malestar físico del paciente influyó directamente en los niveles de depresión, al parecer fue más significativo y tuvo mayor peso del que pudo tener la intervención psicológica, aún cuando se utilizaron técnicas para el manejo del dolor.

El impacto de la intervención en el **Estado Físico y Emocional**, en el sujeto uno y dos no mostraron cambios significativos con respecto al bienestar y malestar emocional, a pesar de que sí hubo deterioro significativo en el malestar físico. El sujeto tres tuvo mejoría significativa en el malestar emocional, aunque en el bienestar emocional y el malestar físico se observa deterioro significativo. Y por último el sujeto cuatro, presentó mejoría significativa a nivel emocional (malestar y bienestar) así como a nivel físico.

Estos resultados sugieren que los pacientes con cáncer, sometidos a una intervención cognitivo-conductual, pueden mantener o aumentar su bienestar emocional, lo que les beneficia para poder funcionar de manera adaptada y afrontar de forma saludable la enfermedad y el tratamiento del cáncer a pesar de que el malestar físico aumente significativamente.

El seguimiento del estado emocional y físico reveló que en los cuatro sujetos, por lo general hay una correspondencia muy alta entre el aspecto físico y el aspecto emocional. Es decir, que cuando el malestar físico aumenta, el malestar emocional también tiende a aumentar y el bienestar emocional tiende a disminuir, y viceversa.

También ocurrió esta correspondencia entre los eventos importantes que los sujetos reportan y los cambios en su estado físico y emocional. Es decir que se puede ver claramente cómo algunos eventos afectan profundamente a los pacientes en alguno de estos estados o en los dos.

Los sujetos uno y dos, la semana que presentaron su nivel más alto de malestar físico, el más bajo en el bienestar emocional y uno de los más altos en malestar emocional, fue la semana siete y cuatro, respectivamente, cuando sufrieron la crisis post-quimioterapia. El sujeto cuatro, por su parte, la semana ocho, presenta un comportamiento que se sale fuera de lo normal con respecto a los datos recolectados, con una caída importante en su bienestar emocional y un aumento considerable en su malestar emocional, así como uno de los mayores puntajes en el malestar físico; al hacer el seguimiento de eventos por semana, vemos que en esa semana, hubo un problema importante con el esposo. Esto sugiere que, en un paciente con cáncer, el tratamiento médico, en este caso la quimioterapia, así como conflictos en su ámbito familiar, pueden tener efectos negativos muy importantes en el estado de los pacientes a un nivel físico y emocional.

Los resultados del presente estudio extienden diversos hallazgos de la literatura respecto a que la evolución de la enfermedad del cáncer, desde el momento de su diagnóstico hasta llegar a sus diversas complicaciones, tiene un impacto importante en la calidad de vida de las personas; y que el diagnóstico de cáncer produce un fuerte impacto emocional en el paciente (Latorre & Beneit, 1994).

De la misma forma los datos demuestran lo que Tenorio afirma (2003) al respecto de que las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer pueden incluir temor de recurrencia o muerte, estrés familiar, aislamiento social, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la concurrencia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados graves de angustia. Esto se puede inferir del aumento significativo en los niveles de ansiedad, especialmente en los siguientes reactivos: miedo a que pase lo peor, inseguridad, nerviosismo y miedo a morir; así como del fuerte deterioro en la calidad de vida que se observa en las siguientes áreas: percepción de salud, percepción corporal, desempeño físico, preocupaciones, aislamiento, vida cotidiana afectada y disfrute del tiempo libre, que se observan en los resultados del impacto del diagnóstico.

Sin embargo en los datos del presente estudio referidos al impacto del diagnóstico, se encontró que los niveles de depresión del paciente sufrieron una mejoría significativa, pasando de niveles de depresión moderada a leve. Estos resultados no concuerdan con los hallazgos de las investigaciones de Latorre & Beneit (1994) y Tenorio (2003) donde afirman que la depresión es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación de la enfermedad, después del diagnóstico de la misma.

Con respecto a esto se puede suponer que había una depresión anterior al diagnóstico producida por las molestias físicas y por tener que enfrentarlas él sólo. Condición que cambió después del diagnóstico, ya que regresó a vivir con su esposa y sus hijos y recibió atención y cuidados que antes no tenía. Esto se observa en

el impacto positivo que tuvo el diagnóstico en las relaciones familiares.

Dentro de la investigación realizada por Krumm, Vanatta & Sanders (1979), se encuentra que la información es importante para el afrontamiento del diagnóstico de cáncer, ya que la falta de conocimiento sobre la enfermedad y su curso, así como del tratamiento y el sistema médico pueden aumentar el estrés y los problemas del paciente. Los datos de este estudio confirman esta afirmación, ya que la psicoeducación fue un elemento importante con el que los pacientes reducen su ansiedad, pueden prever situaciones y adquieren mayor seguridad, lo que les permite afrontar de manera más benéfica, no sólo el diagnóstico de cáncer sino también el curso de la enfermedad. Esto se presentó por ejemplo, con respecto a las consecuencias de la cirugía en la paciente 3, en donde la distorsión informativa era el principal responsable de miedos y angustia respecto a posibles discapacidades o efectos irreversibles del tratamiento, como ya no volver a poder cargar cosas o mover el brazo del lado donde se realizó la cirugía.

Sánchez-Sosa y González (2002) señalan que con la enfermedad se inicia un proceso de deterioro del bienestar, el cual progresivamente se generaliza afectando la salud mental y todo el funcionamiento humano; los resultados obtenidos demuestran que este deterioro puede detenerse, evitarse y/o minimizarse en beneficio del paciente para un mejor afrontamiento a la enfermedad.

Por otro lado, la presente investigación permite observar el beneficio de una intervención psicológica en pacientes que

presentan diferentes características, entre ellas, diferente etapa de la enfermedad, y se demuestra que una intervención cognitivo-conductual puede adaptarse a las necesidades de cada paciente y tiene efectos positivos en éstos. De esta forma los resultados se unen a lo que Almanza-Muñoz (2000) y Breitbart & Holland (1993) afirman al decir que los pacientes en tratamiento curativo, cuidado paliativo y sobrevivientes de cáncer enfrentan diversa problemática psicosocial y que el objetivo del cuidado psicosocial es apoyar la capacidad de afrontamiento y reducir el distrés mediante terapias de apoyo, grupos de ayuda, intervenciones cognitivo-conductuales y agentes psicofarmacológicos.

Además se muestra que al prestar el servicio de atención psicológica a pacientes con cáncer **en su hogar**, se aumenta la constancia, consistencia y la probabilidad de mejoría de los pacientes, ya que la asistencia no está determinada ni influida por el estado físico del mismo, lo que le permite recibir atención a pesar de encontrarse en condiciones desfavorables físicamente, y evitar inconvenientes de traslado y horario para la familia y los cuidadores primarios que puede tener efectos estresantes, contraproducentes y/o que lleven al abandono del tratamiento.

Sin embargo, esto nos lleva a una importante limitación ya que esta modalidad no es posible hacerla extensiva de manera general; pues a pesar de ser favorable en muchos aspectos, implica un mayor costo económico a nivel nacional, institucional o personal, por lo que podría limitarse a pacientes que vivan en la misma comunidad o a pacientes que cuentan con mayores posibilidades económicas para poderlo solventar.

Se recomienda para futuros estudios incluir dentro del trabajo de intervención, el manejo de la familia (Holland, 1999; Greer, 1994). En este estudio a pesar de estar abierta esta opción para los familiares de los pacientes, no pudo llevarse a cabo por la falta de interés de algunos familiares o en otros casos, la imposibilidad de ajustar los horarios. Aún así es importante mencionar que las familias de estos pacientes manifestaron alivio y tranquilidad de saber que el enfermo contaba con apoyo y de que en el momento que ellos demandaran el mismo, lo podían obtener.

## REFERENCIAS

- Aguiar, M.J., Bohn, S.U., Aguiar, B.D. (1999) El cáncer: historia natural de la enfermedad y posibilidades de tratamiento antineoplásico. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, **II**, 71-110
- Aguiar & Aguiar (1999). Epidemiología y etiología del cáncer. México.
- Alegre A., Lamana M., Pérez M., Fernández M.J. (1993) Trasplante autólogo con células germinales de sangre periférica. *Terapia Oncohematológica*, 291-303.
- Almanza-Muñoz, J.J. (2001). El Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer, *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. Vol. Especial 1994-2001:p. 35-43.
- Almanza-Muñoz, J.J.; Holland, JC (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras; *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, **46**, 35-43.
- Álvarez, G.A. (2003). Propuesta de un Manual para padres de niños con cáncer. Tesis de licenciatura. Universidad Intercontinental.
- American Cancer Society; Fecha de consulta: enero 8, del 2008 en: <http://www.cancer.org>

Arbizu, J.P. (2004); Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento, *ANALES*, Vol.24, Suplemento 1. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Fecha de consulta: julio 18, 2006 de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple16.html>

Ascencio, L. (2001) Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellstrom, T. (1994) Epidemiología Básica. *Publicación Científica OPS*, No. 551.

Berrocal A, Jalón J.I, González Barón M. (1992) Biología de la célula neoplásica (I): principios de la carcinogénesis. *Oncología Clínica*, **1**, 1-12

Breitbart W, Holland JC. (1993) Psychiatric aspects or symptom managemente in cancer patients. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.

Burish T.G; Shartner C.D; Lyles J.N; (1981) Effectiveness of multiple muscle-site EMG biofeedback and relaxation training in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Biofeedback Self Regulation*. 1981, Dec; Vol. 6 (4), pp. 523-535

Burish, T.G. and Care, M.P. (1986). Conditioned aversive responses to cancer chemotherapy patients: Theoreticaland

- developmental analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**, 593-600.
- Bosch, F.X. (1990). Etiology. *Manual of Clinical Oncology*. UIIC, 43-67.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Strouse, T.B., Miller, D.S., Brown L.L., Cross, P.A. and Tenaglia, A.N. (1984) Psychological status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnostic groups. *New England Journal of Medicine*, **311**, 506-511
- Centro Nacional De Promoción Y Educación Para La Salud. (1995) La promoción de la salud en la atención primaria. Habana, Impresiones ligeras.
- Cherry N. L., Coyle, N., Foley, K.M. (1994) Suffering in the advanced cancer patient: a definition and a taxonomy. *Journal Palliat Care*, **10**, 57-70
- Cohen M.M, Wellisch D.K. (1978) Living in limbo: psychosocial intervention in families with a cancer patient. *American Journal of Psychotherapy*, **32**, 561-571.
- Couzijn, A.L., Ros W.J.G. & Winnubst J.A.M. (1990) Cancer. *Behavioural Medicine*; **16**, 231-246.
- Dawn, B. (2005). Review of Evidence-Based Mind Body Interventions for Cancer Pain. *Journal of Cancer Pain & Symptom Palliation*; Vol. 1 (2), p37.

Denoix, P. (1973). Cáncer. España:Editorial ESPAXS.

Devita, T., Hellman, S., Steven, A. & Rosenberg. (1988). Cáncer. Principios y práctica de oncología. Barcelona: Salvat Editores.

Díaz-Rubio, E., García-Conde, J. (2000) Oncología clínica básica. Madrid: Ediciones Arán, S.A.

Die Trill, María (1999). Reacciones psicológicas y sus alteraciones durante la enfermedad terminal. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, **45**, 753-770.

Dienstag, J. L. Isselbacher, K. J. (2005) Tumores del hígado y las vías biliares, *Medicina Interna*, **78**, 598-602.

Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D; Fahey JL, Morton DL, (1993) Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Arch Psychiatry*. **50**, 681-689.

Fitzgerald, P. A. (2004) Endocrinología, Cáncer Tiroideo, *Diagnóstico clínico y tratamiento*, **26**, 1057-1062.

Ford S., Fallowfield L., Lewis S. (1994) Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*; 767-770.

- Gerlein C. (1992) La familia del paciente que muere: duelo anticipatorio. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, **68**. 1090-1093
- Giuliano, A. E. (2004) Mama, Carcinoma de la mama femenina, *Diagnóstico clínico y tratamiento*, **16**, 658-659.
- Gómez-Sáncho, M. (1999). La atención a la familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, **68**, 1077-1093
- Gómez-Sáncho, M. (1999). Medicina Paliativa en la Cultura Latina, Editorial ARÀN, España.
- González-Celis R.A.L. (2002). Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gray R.E, Doan B.D. (1990) Heroic self-healing and cancer: Clinical issues for the health professions. *J. Palliat Care* **6(1)**; 32-41
- Greer S. (1994) Psycho-oncology, its aims, achievements and future tasks. *Psychooncology*, **3**, 87-101.
- Grem J.L, de Carvalho M., Wittes, R.E., Alegra, C.J. (1995) Chemotherapy: the properties and uses of single agents. *Manual of Oncologic therapeutics*, 80-137.

Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama, GEICAM (2008, Ago), Cáncer de Mama. Recuperado el 12 de agosto 2008 de:

[http://www.geicam.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=68&Itemid=31](http://www.geicam.org/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=31)

Haes, J.C.J.M. De and Knippenberg, F.C.E. Van (1985). The quality of life of cancer patients; A review of the literature. *Social Science and Medicine*, **20**, 809-817.

Hamburg D.A, Adams J.E. (1967) A perspective on coping behavior: Seeking and utilizing information in major transitions, *Arch. Gen. Psychiatry*; **17** (3), 277-284.

Harrison J. & Maquire P. (1994) Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients . *Br J Psychiatry*, **165**, 593-598.

Harrison, (1998). Principios de medicina interna. España: Mc Graw-Hill Interamericana De España, S.A.U.

Hernández, M.M.A. (1999) Principios de la Oncología Radioterápica. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, **7**, 111-127

Holland, J.C (1999) Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress. *Oncology* **13**, 113-147.

Huerta, R., & Corona, J. (2003) Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Hutchcroft, S., Snodgrass, T., Troyan, S. and Wares, C. (1984) Testing de effectiveness of an information booklet for cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, **2**, 73-84.

Instituto Nacional de Cancerología. (2003). Manual de Oncología: procedimientos medicoquirúrgicos. México: McGraw-Hill.

Internacional Agency for Research on Cáncer (IARC) & Globocan. (2002). Acción Mundial contra el cáncer. Biblioteca de la OMS.

Jacobsen, P. G, Bovbjerg, D.H, Schwarts M., Hudis C.A, Gilewski T.A, Norton L. (1995) Conditioned emotional distress in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Journal Consult Clinical Psychology*, **63**, 108-114.

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

Kerlinger, H. & Lee B., (2001) Investigación del Comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. México: Mac Graw-Hill.

Kim K.S; Lee S.W;Choe M.A; Yi M.S; Kwon S.H. (2005) Effects of abdominal breathing training using biofeedback on stress, immune response and quality of life in patients with a mastectomy for breast cancer. *Taehan Kanho Hakloe Chi*; Vol. 35 (7), pp. 1295-303.

Krumm, S., Vanatta, P. and Sanders, J. (1979). A group of teaching chemotherapy. *American Journal of Nursing*, **16**,916.

Kübler-Ross, Elizabeth; Sobre la muerte y los moribundos, Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori, 1975.

Latorre, J. & Beneit, P. (1994) Psicología de la Salud. Argentina: Lumen.

Massie M.J., Holland J.C. (1989) Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of Psychooncology: psychological care of the patients with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.

Middleton, J. (2004), Yo (no) quiero tener cáncer. Ed. Random House Mondadori.

Mujica, R (1998), Medicina y Psiquiatría. *Manual de Psiquiatría (Humberto Rotondo*, 2ª edición, **30**.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual\\_psiquiatr%C3%ADa/Indice.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual_psiquiatr%C3%ADa/Indice.htm)

Northouse, L. (1984). The impact of cancer on the family: An overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **14**, 215-242.

Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional Contra el Cáncer (2005). Acción mundial contra el cáncer. Geneve.

Patel, S. R., Benjamin, R. S. (2005) Sarcoma de los tejidos blandos y del hueso. *Medicina interna*, 84, 627-631.

Pérez Manga G. (1983) Tratamiento endocrino del cáncer. Madrid: Ed. Pirámides S.A.

Pighin B.F. (1987) Assistenza al malato terminale. Pordenone: Scuola Maram, 118-119.

Portenoy R. K., Thaler H. T., Komblith A.B, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res*; **3**, 189-194.

Power, M., Bullinger, M., Harper, A. (1999). The World Health Organization WHOQOL- 100: Test of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide . *Health Psychology*, 18, 495-505.

Razavi D, Delvaux N. (1994). Psycho-oncologie. París: Masson; 79-80.

Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México;  
Fecha de consulta: 10 de enero del 2008, en:  
<http://www.internet.uson.mx/webpers/platt/cancer.htm>

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. & Groves, M. (2005) Inventario de Calidad de vida y salud (InCaViSa). Documento de circulación interna para investigación. México, D.F. UNAM

- Rizo, P., Sierra, M.I., Vázquez, G., Cano, M., Meneses, A., Mohar, A. (2007) Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000-2004, *Cancerología: Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, Vol 2, (3), 203-287.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Rodríguez, S.O.E. (2002). Mejoramiento de la Calidad de Vida en Pacientes Crónicos. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romero, P.T. (1999). Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, **4**, 81-92.
- Roth A., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E, Sher, H. I., Holland, J.C. (1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer*, **82**, 1904-1908.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions . *Revista Mexicana de Psicología* , 19 (1), 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J., & González, J. (2002). El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2008). Competencias científicas y profesionales: Cimientos metodológicos y de integración en

las ciencias del comportamiento. En: C. Carpio (Coord) Competencias profesionales y científicas del psicólogo (pp.247-282). México: UNAM.

Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2;888-891.

Taylor S.E., Aspinwall L.G. (1990), Psychosocial aspects of chronic illness. En Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions fatal diseases and clinical care. Ed. Costa Jr, GR VandenBos. Washington, DC: *American Psychological Association*, 1990, 7.

Tenorio González, Francisco (2003). Etica y cuidados paliativos en el enfermo con cáncer avanzado, *Seminario: El ejercicio actual de la medicina*; [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/poneucia\\_nov\\_2k3.htm](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/poneucia_nov_2k3.htm)

Tomás, J.F., Lamana M., Yáñez E., Fernández-Rañada J.M. (1993) Trasplante autólogo de médula ósea. *Terapia en Oncohematología*, 269-289.

Torrecillas, L., Allende S., Clemenceau P. (2001) ¿Existen los cuidado paliativos en México? *Sociedad Mexicana de Oncología*. Mayo

Unión Internacional Contra el Cáncer, UICC & Organización Mundial de la Salud, OMS. (2005). Acción Mundial contra el Cáncer, Biblioteca de la OMS; Autor, Geneve.

- Vess J.D, Moreland J.R., Schwebwl A.I., Kraut E. (1988) Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and treir spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, **6**, 31-51
- Wayner L, Cox T., Mackay C. (1979) Stress, inmunity and cancer. En: Osborne M, Gruneberg M. Eiser. *Res Psychol Med*, 253-259.
- Weisman, A.D. (1979). A model of psychosocial phasing in cancer. *General Hospital Psychiatry*, **1**, 187-195.
- Weisman, A.D. and Worden, J.W. (1976) The existencial plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry*, **6**, 243-249.

# ANEXOS

## ANEXO I

### Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

# INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

A. RIVEROS.  
J. J. SANCHEZ-SOSA  
M. DEL AGUILA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA.  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

2007, DERECHOS RESERVADOS.

### INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **rellenando en su hoja de respuesta el círculo** de la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, márquela como "nunca", eso no le pasa. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

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

### EJEMPLO

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

0. **A**0% ..... **B**20% ..... **C**40% ..... **D**60% ..... **E**80% ..... **F**100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre

Rellenañ el círculo de "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida.

0.  A  B  C  D  E  F

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

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

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.  

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre
  
2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas  

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre
  
3. Mi salud en general es...  

A	B	C	D	E	F
0	0	0	0	0	0
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
  
4. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?  

A	B	C	D	E	F
0	0	0	0	0	0
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

---

Durante las últimas 2 semanas...  
Preocupaciones

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

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre
  
6. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.  

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre
  
7. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.  

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre
  
8. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad  

A	B	C	D	E	F
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Desempeño físico

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
11. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
- 

Durante las últimas 2 semanas...

Aislamiento

13. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
14. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
15. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre
16. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
Nunca      Nunca      Veces      Mente      Siempre

### Percepción corporal

17. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
18. Me siento restringido(a) por mi peso.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
19. Me da pena mi cuerpo.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
20. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
- 

### Durante las últimas 2 semanas...

#### Funciones cognitivas

21. Se me olvida en dónde puse las cosas.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
22. Se me olvidan los nombres.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre
24. Tengo problemas con mi memoria.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces                     Siempre

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

25. Me fastidia tomar tantas medicinas.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
26. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
27. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
28. Me siento incómodo(a) con mi médico.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

---

Durante las últimas 2 semanas...  
Tiempo Libre.

29. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
31. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
32. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Vida Cotidiana.

33. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
34. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
35. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
36. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
- 
- 

Durante las últimas 2 semanas...

Familia

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
39. Mi familia me comprende y me apoya.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre
40. Mi familia cuida mis sentimientos.
- A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%
- Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                 Nunca      Veces      Mente      Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Redes Sociales

41. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
42. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
43. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
- 

Durante las últimas 2 semanas...

Dependencia Médica.

45. Espero que el médico cure todos mis síntomas.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
46. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
47. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |
48. El responsable de que me cure es el médico.
- |       |            |             |                 |              |         |
|-------|------------|-------------|-----------------|--------------|---------|
| A     | B          | C           | D               | E            | F       |
| 0%    | 20%        | 40%         | 60%             | 80%          | 100%    |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-Mente | Casi Siempre | Siempre |

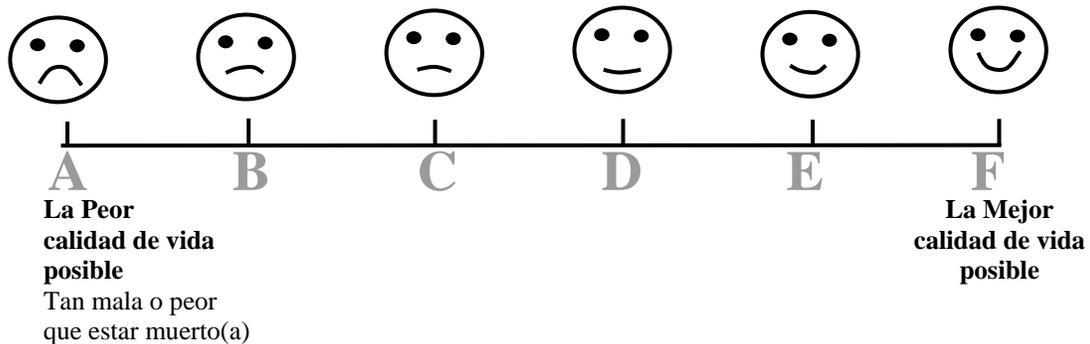
Durante las últimas 2 semanas...  
Relación con el Médico.

49. Disfruto asistir al médico.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                Nunca      Veces           Mente      Siempre
50. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                Nunca      Veces           Mente      Siempre
51. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                Nunca      Veces           Mente      Siempre
52. Necesito atención médica constantemente.  
A 0% ..... B 20% ..... C 40% ..... D 60% ..... E 80% ..... F 100%  
Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
                Nunca      Veces           Mente      Siempre

---

Bienestar y Salud

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



### Comentarios generales.

54. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo en la sección correspondiente de la hoja de respuestas. En caso de que necesite más espacio, con toda confianza solicite una hoja adicional.
55. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).  
Si contesto que “sí”, por favor descríballo en su hoja de respuestas.
56. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).  
Si contesto que “sí”, por favor descríballo en su hoja de respuestas.
57. Por favor indique en su hoja de respuestas su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

## ANEXO II

### Inventario de Depresión de Beck (BDI)

# INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

#### Instrucciones:

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

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
8.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enoja o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

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

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

## ANEXO III

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

# INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

#### Instrucciones:

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

#### Síntoma

- |  |             |             |               |             |
|--|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. Entumecimiento, hormigueo.                  | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2. Sentir oleadas de calor (bochorno).         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3. Debilitamiento de las piernas.              | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4. Dificultad para relajarse.                  | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5. Miedo a que pase lo peor.                   | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6. Sensación de mareo.                         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8. Inseguridad.                                | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9. Terror.                                     | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. Nerviosismo.                               | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 11. Sensación de ahogo.                        | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |

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

)

## ANEXO IV

### Cuadernillo de autorregistro de Síntomas Físicos y Malestar Emocional.

Mi Cuaderno de Autorregistro

Facultad de Psicología  
UNAM

Nombre: \_\_\_\_\_

Este pequeño cuaderno le permitirá llevar un control de las reacciones físicas y emocionales que va a ir teniendo a partir de ahora. Por favor contéstelo diariamente y por las noches, para que obtenga un registro de cómo se sintió en el día.

**BIENVENIDA!!!**

Hoja de autorregistro:

FECHA: \_\_\_\_\_

A qué hora me levanté: \_\_\_\_\_

A qué hora me dormí: \_\_\_\_\_

¿Dormí bien y descansé? SI NO

Tengo molestias físicas SI NO

Señale aquellas molestias que presente:

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Náusea					
Vómito					
Cansancio					
Mareo					
Debilidad					
Sofocación					
Temperatura					
Dolor					
Ardor					
Sangrado					
Moretones					
Diarrea					
Estreñimiento					
Otros					

Hoja de autorregistro:

FECHA: \_\_\_\_\_

En el día:

¿Cómo me he sentido?

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Triste					
Entusiasmada					
Enojada					
Tranquila					
Preocupada					
Relajada					
Tensa					
Amada					
Cuidada					
Angustiada					
Nerviosa					
Otros					

¿Qué ha ocupado mis pensamientos?

## ANEXO V

### Consentimiento Informado



La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, sustenta la práctica de protección para participantes en investigación. Le presentamos la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio, sin problema o consecuencia alguna.

El propósito de este estudio es evaluar los efectos que tiene la enfermedad del cáncer en el paciente y su familia, a un nivel emocional, cognitivo y conductual, mediante una intervención psicológica con el fin de preservar su bienestar y calidad de vida.

Para lo cual le pediremos participe en un proceso terapéutico, que se le proporcionará sin costo alguno y dentro de su hogar a lo largo del periodo de la enfermedad. Así como al reconocimiento y medición de algunos factores psicológicos que pueden estar involucrados con la ansiedad, la depresión y los cambios en su calidad de vida. Le pediremos que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud. No hay respuestas buenas ni malas, y aunque es probable que pueda sentirse incómodo(a) con algunas preguntas, su franqueza nos permitirá diseñar e implementar nuevas formas de intervención.

El proceso terapéutico se llevará a cabo durante las diferentes etapas de la enfermedad, en sesiones periódicas con una duración de entre 45 y 90 minutos, dependiendo de las necesidades del paciente.

Le reiteramos que su participación es completamente voluntaria, anónima y está en completa libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que el no participar no tendrá consecuencia alguna. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y su franqueza.*

A mi \_\_\_\_\_ (nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse y que mi participación no se podrá identificar en ninguna forma.

\_\_\_\_\_/ 2005  
Participante o representante autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_/ 2005  
Investigador      Fecha

Si desea más información o tiene alguna duda sobre el proyecto titulado **Factores psicológicos involucrados en el proceso de la enfermedad del cáncer en pacientes y sus familiares, para una propuesta de intervención psicológica** por favor diríjase a Cecilia Saldaña o al Dr. Sánchez Sosa en la Facultad de Psicología, UNAM al teléfono: 56-22-23-32. Si desea recibir una copia de los resultados del presente estudio, por favor anote abajo una dirección electrónica (e-mail) o postal. Le haremos llegar los resultados tan pronto como sea posible.

Nombre: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_