



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CÁNCER DE MAMA Y CALIDAD DE VIDA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
JORGE CÉSAR GARDUÑO ZAVALZA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA.  
REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.  
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTÍZ.  
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS.  
MTRA. NELLY FLORES PINEDA.



MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



*No hay placer más grande en la vida que estar conciente.*

Anónimo





## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a la vida las condiciones que me han permitido ser el hombre de hoy con aspiraciones, esmero, tropiezos y triunfos.

Con el fin de dar inicio a nuevas oportunidades de crecimiento personal y profesional, cierro un ciclo lleno de agradecimientos para aquel o aquella que me enseñó a lograr este éxito, para el que se quedó conmigo y cree en mí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, su Facultad de Psicología, maestros y cuerpo técnico por ofrecerme las mejores oportunidades para desarrollarme en lo personal y profesional. Que sirva este trabajo como refrendo de mi compromiso para con sus ideales académicos.

Al Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México y al Doctor Salvador Alvarado, por las facilidades otorgadas en la realización de este proyecto y donde también aprendí la práctica hospitalaria de la medicina conductual que ahora sé me apasiona.

Al Doctor Juan José Sánchez Sosa muy en especial por todos estos años de aprendizaje invaluable, por creer y ayudarme a crear este trabajo, que deja en mí muchas semillas para seguir en este camino de la psicología, por la confianza otorgada que espero nunca defraudar. Toda mi admiración, respeto y aprecio siempre. Gracias por todo y espero tener la fortuna de seguir creciendo en todo aspecto a su cobijo y ser digno representante de quienes tenemos la dicha de ser formados por usted.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas, a la Mtra. Nelly Flores Pineda, al Dr. Samuel Jurado Cárdenas y a la Dra. Andrómeda Valencia Ortíz agradezco el apoyo, tiempo y dedicación en la elaboración y revisión de este trabajo. Es siempre muy enriquecedor y agradable contar y ser guiado por personas tan profesionales como ustedes.

Al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Cuando se puede contar con la experiencia de haber empezado el crecimiento profesional en dicha sede, se tiene de garantía el conocimiento y profesionalismo de quienes ahí se desempeñan con esmero por compartir y enseñar con visión. Gracias por esas enseñanzas maestras Rebeca Sánchez y Ariadna Rubio... ustedes me metieron en esto!



A mis compañeros del proyecto y cubículo porque a su lado y por todo su apoyo fue más fácil y agradable la realización de mis tareas. Aimé M., Cristina S., Cinthya A., Haydeé C. y Gabriel E. Hacen un excelente trabajo, será un gusto seguir viendo como se realizan en lo personal y profesional. Rosa O. Gracias por todo tu apoyo, comentarios, aliento y como te lo dije antes eres de gran inspiración para mí.

Finalmente agradezco a cada una de las valerosas pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que fueron tratadas en este proyecto, por compartir sus esperanzas de sanidad, frustraciones y miedos más profundos, así como por permitirnos brindarles una intervención psicológica adecuada a sus necesidades.



## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres Olga Zavalza y Eduardo Garduño, mamá tus sacrificios han valido la pena, los amo, les agradezco su cariño, apoyo y paciencia. Gracias por creer en mí y darme la oportunidad de lograr esta gran aspiración.

A Leonor Romero (Bilocha) mi otra mamá, abuela no encuentro palabras de agradecimiento que describan todo el amor que siento por quien durante toda mi vida ha permanecido expectante, cariñosa, comprensible y sensible a lo que vivo, nunca me falte, que ese día me faltará la vida.

A Roberto Zavalza (Bilocha), abuelo agradezco a Dios que después de tantos sustos siga con nosotros, gracias por su cariño, apoyo y por esas risas que me provoca todas las mañana con sus ocurrencias.

A ti Arianna, mi hermanita, será insuficiente lo que escriba en estas líneas para expresar todo lo que siento por ti, gracias por todo lo que me das y somos al estar juntos, siempre estás en mi mente, cuentas conmigo en todo momento como se que cuento contigo. Espero seguir siendo ejemplo en tu vida y mantener el cariño y admiración que me has confesado. Te amuuu emanaaaa!

La más grande de mis fortunas y bendiciones es contar y ser parte de la mejor y más linda familia del universo. A mis tíos Tere, Elsa, Pati, Bertha, Elia, Oscar, Roberto y la familia que cada uno de ellos conforma. A mis hermanos más que primos, Carlos †, Ale, Gabi, Claudia, Eder, Jorge, Gina, Carla, Eli, Caro, Yusef, Miris, Karen, Lalo, Alfredo, Mario, Paola, a mis sobrinos Carlos, Axel, Leah y Romina, a ustedes con todo mi amor y cariño agradezco y dedico este trabajo.

Afortunado soy por contar en mi vida con amigos que me hacen la vida más alegre y significativa, en esta ocasión que me llena de tanto orgullo agradezco y dedico este triunfo a:

Cris (Sapodrilo), amigo gracias por tantos años de amistad, apoyo y cariño.

A Sara, muchos recuerdos a lo largo de los años, gracias por la lealtad y cariño que me has profesado. Gracias por tu amistad nena.

A Román, amigo gracias por permitirme contar contigo en todo momento, por las disertaciones que hemos tenido acerca de la vida y de las cuales aprendo tanto, te admiro y aprecio.



A Daniela, gracias por tu interés, por tu apoyo, aliento, por compartirme el lindo ser que eres. Gracias por tu amistad beba.

Ignacio, gracias por tu amistad y apoyo.

A mis compañeros de carrera y amigos, Celene, Ady, Marlene, Blanca, Lili, Gabi, Lau, Rocío, Lalo, Tania, Cinthya, Ana, Lore, gracias por tantos años de compartir juntos nuestros triunfos, alegrías, sueños y más aún por aprender de los tropiezos y tristezas.

A Gadiel, Tavo, Edgar, Pau, Adrián, tía Grace y todos aquellos con los que sin su amistad, compañía y apoyo este trabajo hubiera sido más difícil de elaborar.

A J. C. E. porque a pesar de las circunstancias, te agradezco tantos años de aliento, apoyo y cariño.

A Mauricio Martínez, a ti debo y agradezco el diseño y formación de esta tesis, pero agradezco más el que me permitas ser parte de tu vida.

Finalmente dedico este trabajo a la memoria de aquellas pacientes que no sobrevivieron al cáncer de mama, a quienes lo padecen y luchan día con día por salir adelante.





## CONTENIDO

Resumen .....	i
Abstract .....	ii
INTRODUCCIÓN .....	1
Cáncer .....	1
Etiología .....	2
Cáncer de Mama .....	3
Clasificación y Estadios del Cáncer de Mama .....	7
Epidemiología del Cáncer de Mama .....	8
Tratamiento Médico .....	9
Cirugía .....	9
Radioterapia .....	10
Quimioterapia .....	11
Terapia Hormonal .....	12
Terapia Biológica .....	12
Efectos Colaterales .....	13
Aspectos Psicológicos de Cáncer de Mama .....	16
El Diagnóstico .....	18
Fase Terapéutica .....	19
Intervalo Libre de Enfermedad .....	21
Recaídas (Recidiva) .....	21
Enfermedad Avanzada .....	22
Fase Terminal .....	23
Remisión .....	23
Terapia Cognitivo-Conductual .....	24
Calidad de Vida .....	28

MÉTODO .....	37
Participantes .....	37
Medición .....	38
Propiedades Psicométricas del Incavisa .....	40
Entrenamiento de Terapeutas .....	41
Reclutamiento de Participantes .....	43
Procedimientos Clínicos .....	44
Componentes Instrumentales .....	45
Componentes Cognitivos .....	45
Componentes Emocionales .....	46
RESULTADOS .....	48
Figura 1 .....	50
Figura 2 .....	51
Figura 3 .....	52
Figura 4 .....	53
Figura 5 .....	55
Figura 6 .....	56
Figura 7 .....	57
Figura 8 .....	58
Figura 9 .....	60
Figura 10 .....	61
Figura 11 .....	62
Figura 12 .....	63
DISCUSIÓN .....	64
REFERENCIAS .....	72
CONTENIDO DE ANEXOS .....	87

## Resumen

El presente estudio consistió en examinar los efectos de una intervención Cognitivo-Conductual en la Calidad de Vida de pacientes con cáncer de mama. Estas pacientes experimentan sufrimiento tanto por su condición médica como por los efectos colaterales de algunos procedimientos médicos, además de complicar muchas veces también su condición económica que exige afrontar la situación. Participaron un total de sesenta pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama no terminal del Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México cuyas edades oscilaban entre 30 y 70 años. La principal medición incluyó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), instrumento desarrollado y calibrado con población mexicana que incluye escalas sobre: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia y relación con el médico. El esquema de comparaciones incluyó pre-test, post-test y seguimientos a 1 y 3 meses después de la intervención. Las pacientes primeramente escucharon una descripción general del programa con énfasis en el rol de los factores conductuales y fisiológicos en el tratamiento de cáncer de mama y del potencial beneficio de participar en el estudio. Una vez que los requerimientos éticos fueron dados a conocer, se les expuso a un texto breve con información sobre cáncer de mama con énfasis en aspectos psicológicos, diseñado en un castellano muy simple. Posteriormente se les explicó el objeto del protocolo y de tres metas a lograr: a) el establecimiento de habilidades para apoyar el tratamiento médico, b) la identificación y modificación de creencias distorsionadas o disfuncionales, y c) la adquisición de habilidades de autorregulación emocional. Los procedimientos del establecimiento de habilidades y conductas específicas del cuidado de la salud incluyeron identificar cada conducta requerida, analizar sus componentes de viabilidad, ponerlas en práctica y proveer el reforzamiento adecuado. La detección y modificación de cogniciones sesgadas incluyó alternar la re-evaluación y sustitución de cada pensamiento y su reforzamiento. Finalmente, el procedimiento central para disminuir los correlatos fisiológicos de la ansiedad incluyó entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva profunda. Los resultados revelaron mejorías estadística y clínicamente significativas en las áreas de Calidad de Vida y Autocuidado en la gran mayoría de las participantes.

**Palabras Clave:** Cáncer de Mama, Calidad de Vida, Intervención Cognitivo-Conductual.



## Abstract

The general purpose of the study consisted in examining the effects of a cognitive-behavioral intervention on the Quality of Life of breast cancer patients. These patients suffer from both their medical condition and the side-effects of its treatment, complicated by dire socio-economic conditions which require competent coping. A total of sixty non-terminal patients from Mexico's National Cancer Institute, with confirmed diagnostic of breast cancer participated. Measurement included data from the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa for its acronym in Spanish), an instrument developed and standardized with Mexican population. The inventory includes scales on: worrying, physical performance, personal isolation, body perception, cognitive functioning, and attitude toward medical treatment, recreation, family interaction, social networks/support, medical dependence and relationship with the health team. Participants were between 30 and 70 years of age. Measurement involved pretest, posttest and one and three months follow up. Patients first listened to a general description of the program with emphasis on the role of behavioral and psychological factors in cancer treatment and the potential benefits of participating. Once ethical requirements were met, they were exposed her to a standard four-page text on breast cancer with emphasis on relevant behavioral aspects. The text was expressly designed for the project in very simple Spanish. They were then explained the rationale behind three therapeutic goals: a) the establishment of behaviors aimed at supporting the medical treatment, b) the modification of private verbal events incompatible with such support or with stable/positive emotional responses, and c) the acquisition of self-regulating skills to facilitate such responses. Procedures toward the establishment of specific healthcare behaviors and skills involved identifying each required behavior, analyzing its viability components, instructing the patient into putting them into practice and providing appropriate reinforcement. Detection and shifting of verbal private events involved both procedures aimed at altering appraisal patterns and those of Functional Analytic Psychotherapy. Finally, the main procedure aimed at diminishing the physiological correlates of anxiety included mastery-aimed training on diaphragmatic breathing and deep progressive muscle relaxation. Results revealed both statistically and clinically relevant improvement in all Quality of Life Areas and self care for the great majority of participants.

**Key words:** Breast Cancer, Quality of Life, Cognitive-Behavioral Intervention.



## INTRODUCCIÓN

### Cáncer

Cáncer es un término genérico usado para describir un grupo de más de cien enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Neoplasias y tumores malignos son otros de los términos utilizados para describirlo. Una de las características que define el cáncer es la proliferación rápida, anormal e incontrolada de células dañadas que crecen más allá de sus límites normales. Pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos por medio del sistema linfático en un proceso que da lugar a la invasión llamada metástasis (World Health Organization, OMS, 2008).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. En 2008 la OMS reportó 12.4 millones de nuevos casos y 7.9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007. Los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:

- pulmón (1,4 millones de defunciones)
- estómago (866 000 defunciones)
- hígado (653 000 defunciones)
- colon (677 000 defunciones)
- mama (548 999 defunciones)

Aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030.



Los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo (ordenados según el número de defunciones) son los siguientes:

- Entre hombres: pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata.
- Entre mujeres: mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

## Etiología

De acuerdo con la OMS (2008) la transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en la evolución de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas modificaciones son resultado de la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres de agentes externos, a saber:

- Carcinógenos físicos, como la luz ultravioleta y la radiación ionizante.
- Carcinógenos químicos, como el asbesto y el humo del tabaco.
- Carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en el desarrollo de la enfermedad. La incidencia de cáncer aumenta proporcionalmente con la edad, muy probablemente porque con la edad aumenta la acumulación de factores de riesgo de tipos específicos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia de los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.

El consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la ingesta insuficiente de frutas y hortalizas, las infecciones por virus de la hepatitis B, de la

hepatitis C y por virus del papiloma humano (VPH) así como la de bacterias como el *Helicobacter pilory* son los principales factores de riesgo de cáncer.

## Cáncer de Mama

También llamado cáncer de seno, es el crecimiento desordenado de células en las glándulas mamarias que generalmente se detecta como un bulto en el seno. Este se origina en el tejido mamario y al igual que otros cánceres, puede invadir y crecer hacia los tejidos que rodean el seno. (Instituto Nacional de Cancerología de México, INCan, 2009). La forma más común de diagnóstico para cáncer de mama es por medio de la mamografía, la resonancia magnética, varios tipos de biopsia y de la prueba HER2.

El cáncer de mama puede clasificarse de acuerdo al sitio en el que se originó el crecimiento irregular de células, ya sea en los conductos o en los lobulillos. Además se considera de acuerdo al grado de invasión y a la apariencia de las células vistas al microscopio.

Dependiendo de la ubicación del tumor se le asigna un nombre, algunas de las más comunes son:

- Carcinoma in situ. El carcinoma es también conocido como “tumor”, In situ significa “en su sitio”, esto quiere decir que el cáncer está ubicado en los conductos de los lobulillos y no se ha extendido al tejido adiposo aledaño al seno ni a otros órganos del cuerpo.
- Carcinoma lobular. Se origina en los llamados lobulillos pero no atraviesa las paredes de éstos. Usualmente no se convierte en cáncer invasivo sin embargo, hay casos en los que sí puede desarrollarse.

- **Carcinoma ductal.** Es el tipo más común de cáncer no invasivo de seno. En este caso las células cancerosas que se encuentran dentro de los conductos no se propagan a través de las paredes hacia el tejido adiposo del seno. Este tipo de cáncer se trata con cirugía o radiación, métodos que generalmente son favorables a la cura del padecimiento. Sin embargo, si no se tratan a tiempo pueden convertirse en invasivos.
- **Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo).** Este tipo de cáncer tiene su origen en las glándulas que producen la leche. En este proceso el cáncer puede extenderse hacia los canales linfáticos o los vasos sanguíneos del seno y distribuirse a otras partes del cuerpo. Este tipo de tumor es el más común en el cáncer de mama.
- **Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo).** El origen de este tipo de cáncer se encuentra también en las glándulas productoras de leche y puede extenderse a otras partes del cuerpo. Se considera que entre 10% y 15% de los cánceres invasivos pertenecen a esta clasificación.
- **Carcinoma medular.** En este tipo de carcinoma las células cancerosas se encuentran agrupadas y en los bordes del tumor, hay células del sistema inmunitario que sirven para atacar y destruir las células anormales, así como a otros agentes extraños como bacterias o virus. El carcinoma medular es responsable de aproximadamente 5 por ciento de todos los casos de cáncer de seno.
- **Carcinoma coloide.** Perteneció al tipo de cáncer ductal invasivo y el término médico que se le da es carcinoma mucinoso ya que está formado por células que producen mucosidad. El pronóstico para este tipo de cáncer es favorable, ya que tiene menores probabilidades de propagación que el cáncer ductal invasivo o el lobular invasivo.

- **Carcinoma tubular.** Es un tipo especial de carcinoma ductal infiltrante. Las mujeres diagnosticadas con este tipo de cáncer, tienen menos probabilidades de que se propague fuera del seno en comparación con el cáncer ductal invasivo o el lobulillar invasivo. Este carcinoma es responsable de 2% de todos los casos de cáncer de mama.

- **Cáncer inflamatorio de mama.** Este tipo de cáncer no es común y representa aproximadamente 1% de los casos de cáncer de mama. La piel afectada del seno se siente caliente, está enrojecida y tiene la apariencia de una cáscara de naranja. Ahora se sabe que estos cambios no se deben a una simple inflamación, sino a las células cancerosas que bloquean los vasos linfáticos de la piel.

El cáncer inflamatorio tiene mayores probabilidades de propagación y un pronóstico menos alentador que otros tipos de cáncer (INCan, 2009).

Aún no se conoce con exactitud la causa que origina el cáncer, sin embargo, se han considerado diversos factores asociados a esta enfermedad.

**Sexo:** El cáncer de seno ataca principalmente a mujeres y solo en un 1 por ciento a hombres.

**Edad:** El riesgo de padecer cáncer de seno aumenta con la edad. Cerca de 18% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en las mujeres de 40 a 49 años de edad, mientras que alrededor de 77% de las mujeres con este tipo de cáncer son mayores de 50 años al momento del diagnóstico. Con mucha menor frecuencia se presentan casos en mujeres entre 20 y 30 años.

**Factores genéticos:** Los que se heredan, se presentan cuando hay cambios en los genes del cáncer (BRCA o BRCA2). Éstos son dos genes, que hasta el momento los especialistas han identificado, tienen una relación muy estrecha con el padecimiento.

**Antecedentes familiares de cáncer de mama:** El riesgo de cáncer de seno es más alto entre las mujeres cuyos familiares consanguíneos cercanos tienen esta enfermedad. Los genes de las células llevan la información hereditaria recibida de los padres de una persona. El cáncer de mama hereditario representa aproximadamente del 5% a 10% de todos los casos de cáncer de mama. Algunos genes alterados relacionados con el cáncer de mama son más comunes en ciertos grupos étnicos como la raza blanca. El riesgo de que aparezca un nuevo cáncer en otra parte del seno o en el otro seno aumenta de tres a cuatro veces en una mujer que ya tiene cáncer en un seno.

**Períodos menstruales:** El riesgo aumenta si los periodos menstruales comenzaron a una edad temprana (antes de los 12 años) o la menopausia se presentó tardíamente (después de los 50 años).

**Mujeres que no han tenido hijos:** El riesgo es ligeramente mayor en mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30.

**Uso de anticonceptivos orales:** Las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las que no.

**Alcohol:** La ingesta de bebidas alcohólicas está asociada a un ligero aumento en la posibilidad de padecer esta enfermedad.

Obesidad y dietas con alto contenido de grasas: La obesidad (exceso de peso) aumenta el riesgo, especialmente en las mujeres que han pasado por la menopausia. El exceso de tejido adiposo aumenta los niveles de estrógeno e incrementar la probabilidad de padecer cáncer de mama (INCan, 2009).

## Clasificación y Estadios del Cáncer de Mama

El sistema de clasificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC, 2002) proporciona una estrategia para agrupar a los pacientes según el pronóstico. Las decisiones terapéuticas se formulan, en parte, de acuerdo con categorías de estadificación pero, principalmente, de acuerdo con el tamaño del tumor, el estado de los ganglios linfáticos, los índices de los receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral, el estado del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2/neu), el estado menopáusico y la salud general de la paciente.

El cáncer también puede clasificarse por etapas para definir qué tanto ha progresado la enfermedad. Son cinco etapas enumeradas de 0 a IV, en algunos casos se subdividen en A y B. Entre más confinado al sitio primario se clasificará en las primeras etapas, cuando se clasifica en las etapas más avanzadas se tratará de un cáncer posiblemente más grande con invasión de ganglios y otras estructuras.

El sistema de clasificación TNM (del inglés "tumor, node, metastases") refiere el tamaño del tumor primario, la invasión de tejidos y estructuras cercanas; la N se refiere al grado en que se han afectado los ganglios linfáticos, y la M indica si ya existe metástasis a otros órganos (Woodward, Strom, Tucker, et al., 2003).

## Epidemiología del Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres de todo el mundo. Se estima que 636 000 casos ocurrieron en países de primer mundo y 514 000 en países en desarrollo durante el año 2002. Cáncer de mama es también la más importante de las neoplasias entre mujeres; se estima que en 2002 hubo alrededor de 410 000 muertes por esta causa, en todo el mundo. (WHO, IARC, 2008).

En México según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (Secretaría de Salud RHNM, 2003) para el año 2003 se tienen 12,488 registros de cáncer de mama de los cuales 519 corresponden al denominado in situ.

Este tipo de tumores se presentó con mayor frecuencia en la población femenina en donde se encontraron 12,433 casos de cáncer de mama y 517 in situ. Si bien es cierto que esta patología es menos frecuente entre los varones, éstos no escapan a ella y de esta forma se obtuvieron 55 casos de cáncer de mama y 2 in situ en la población masculina.

La mayor parte de los casos entre las mujeres se registraron en las de 40 a 59 años y en las de 70 y más años de edad patrón similar al encontrado el año anterior.

Las entidades federativas con mayor frecuencia de cáncer de mama fueron el Distrito Federal (29.68%), Jalisco (10.11%) y Nuevo León (9.19%) (RHNM 2003).

## Tratamiento Médico

Las diferencias terapéuticas ante casos aparentemente similares, generan ansiedad y confusión entre el paciente y sus familiares. Por eso debe aclararse, que a cada caso, le corresponde un tratamiento diferente (Gómez-Sancho, 1999). Para el tratamiento de cáncer de mama se necesita un equipo multidisciplinario que combine diversas disciplinas terapéuticas y así conseguir mayor eficacia y reducción de riesgo de muerte. De acuerdo con Díaz-Rubio y García Conde, 2000, los principales tratamientos para el cáncer de mama son:

### Cirugía

Es la primera opción de tratamiento para muchos casos de cáncer. Si está localizado y restringido a una zona, es recomendable la cirugía para extirparlo junto con el tejido circundante que pudiera contener células cancerosas.

Existen diferentes tipos de cirugía. La Mastectomía radical consiste en extirpar quirúrgicamente a todo el tejido mamario así como los ganglios linfáticos que se puedan encontrar en riesgo. La cirugía citoreductora es en la cual existe una máxima extirpación tumoral y de las estructuras linfáticas. La cirugía de rescate por su parte es la opción para utilizar después de algún otro tratamiento. La Cirugía preventiva extirpa las lesiones precancerosas potencialmente malignas, la cirugía paliativa mejora la calidad de vida mediante la extirpación de un tumor que simplemente reducirá el dolor, pero no ayudará a favorecer el curso de la enfermedad en cuanto a su recuperación.

Finalmente para las pacientes con una mastectomía total, se podría hacer la cirugía plástica en el momento de la mastectomía



(reconstrucción inmediata) o en momentos posteriores (reconstrucción diferida). El contorno de la mama se puede restaurar por medio de la inserción submuscular de un implante artificial o por un colgajo del musculo recto. Si se usa un implante salino, se puede insertar un extensor de tejido por debajo del musculo pectoral. La solución salina se inyecta en el extensor para estirar los tejidos durante un periodo de semanas o meses hasta que se tiene el volumen deseado. El extensor de tejido se remplaza por un implante permanente (National Cancer Institute, E.U., 2009).

## Radioterapia

Se utiliza para tratar el cáncer localizado y busca destruir o dañar las células cancerosas para que no puedan reproducirse. Esta se administra con rayos externos de alta energía o mediante implantes internos. La radioterapia externa no es dolorosa y es muy similar a la toma de una radiografía con rayos X. El paciente no necesita internarse y el tratamiento se administra unos 5 días a la semana durante 5 u 8 semanas, dependiendo del tamaño, ubicación y el tipo de cáncer. Bajo ciertas circunstancias, se puede administrar a través de implantes, que son pequeños recipientes que se colocan en o cerca del tumor mientras el paciente está bajo anestesia general o local. Mediante este método, el paciente puede recibir una dosis total más alta de radiación en un área más pequeña aunque los implantes podrían ocasionar algunas molestias. Una vez que se retira el implante, la radiactividad desaparece del cuerpo. Como tratamiento paliativo, sirve para aminorar dolor, disnea, hemorragias, así como para liberar raíces nerviosas comprimidas en la columna, y para aminorar la presión intracraneana ocasionada por metástasis cerebral, entre otras más (Greenberg, 1998).

## Quimioterapia

El proceso de metástasis pone frecuentemente al cáncer más allá del potencial de la cirugía de extirpación o de la ablación local de la radioterapia definiendo así la necesidad de utilizar un sistema basado en drogas anti neoplásicas (Ferlay, Bray, Pisani & Parkin, 2002). Dependiendo del tipo y de su etapa de desarrollo, este método coadyuvante busca detener la enfermedad, evitar que se extienda, hacer más lento su crecimiento, eliminar las células cancerosas que se hayan extendido a otras partes del cuerpo o aliviar los síntomas ocasionados por el padecimiento.

La quimioterapia consiste en tratar el cáncer con medicamentos de acción intensa, que por lo general se inyectan por vía intravenosa o se administran por vía oral. Los medicamentos viajan por todo el cuerpo en el torrente sanguíneo y a menudo se utiliza una combinación de medicamentos. Este método se administra en ciclos, cada uno de ellos seguido por un periodo de recuperación.

La quimioterapia se puede usar para:

- Reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o la radioterapia. Esto se llama quimioterapia neoadyuvante.
- Destruir las células cancerosas que podrían quedar después de la cirugía o la radioterapia. Esto se llama quimioterapia adyuvante.
- Ayudar a que la radioterapia y la terapia biológica den mejores resultados.
- Destruir las células cancerosas que han regresado (cáncer recurrente).

- Destruir las células cancerosas que se han extendido (regado) a otras partes del cuerpo (cáncer metastásico) (INCan, 2008).

También afecta algunas células sanas, principalmente aquellas que se dividen rápidamente como son: las células del epitelio gastrointestinal, los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas, las células del cabello y vello. También suele presentarse vómito y diarrea, además de anemia, infecciones y sangrados (Greenberg, 1998). Posteriormente se describen ampliamente estos efectos.

### Terapia Hormonal

Involucra el uso de medicamentos o la extracción quirúrgica de los ovarios para prevenir que las hormonas estimulen el crecimiento de las células cancerosas que pudieran permanecer en el cuerpo después de la cirugía. Consiste en usar medicamentos orales que combaten el crecimiento o la extensión de algunos tipos de cáncer, bloqueando la acción del estrógeno, la hormona femenina.

### Terapia Biológica

Consiste en un tratamiento para estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades y para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos para el cáncer. Las sustancias usadas en la terapia biológica incluyen los anticuerpos monoclonales, factores de crecimiento y vacunas. Esas sustancias también podrían tener efectos antitumorales directos. También se llama bioterapia, inmunoterapia, terapia modificadora de la respuesta biológica, y terapia MRB (INCan, 2009).

## Efectos Colaterales

Tratamientos contra el cáncer de mama como la radiación, quimioterapia o la cirugía tienen como efectos colaterales o secundarios las náuseas y vómitos que por lo general se presentan al mismo tiempo, pero tienen características distintas. La náusea consiste en una sensación desagradable en la parte de atrás de la garganta y el estómago. La sensación puede ocasionar vómitos o no. La náusea produce más saliva, mareos, aturdimiento, dificultad para digerir los alimentos, cambios en la temperatura de la piel y aceleración del ritmo cardíaco.

Los efectos secundarios de la quimioterapia, por ejemplo, varían de una mujer a otra, y dependen de los fármacos administrados.

En general, la quimioterapia afecta a las células de división rápida, como las sanguíneas, los folículos de los pelos y las células del tubo digestivo. Por eso los efectos secundarios más comunes son la pérdida de cabellos, la disminución del apetito, las náuseas, amarotamiento de uñas, los vómitos, las diarreas, las úlceras en la boca y la conjuntivitis. La quimioterapia puede alterar transitoriamente el sentido del gusto de los alimentos, y producir hipersensibilidad a los olores. El uso de alcaloides suele generar una sensación de adormecimiento en extremidades y si la mujer afectada todavía menstrúa, ésta se le puede retirar durante los meses de tratamiento (Tamblay & Bañados, 2004).

Otros efectos secundarios de la quimioterapia incluyen la mucositis, las alteraciones perceptivas del gusto y del tacto, la diarrea y el estreñimiento, los cambios en la imagen corporal (cambios en la textura de la piel, cambios en el peso, caída del vello púbico, etc.), generan un importante sentimiento de a sexualidad.

A este desagradable sentimiento se añade, en el caso de la mujer con cáncer, sequedad vaginal, dispaurenia (dolor durante el coito), mayor dificultad para alcanzar un orgasmo y posibles síntomas menopáusicos. Además, la privación de estrógenos puede producir atrofia vaginal, estrechez de los tejidos vulvares y vaginales, infecciones urinarias más frecuentes y labilidad afectiva, cansancio e irritabilidad. Estas secuelas tienen difícil tratamiento en ocasiones, especialmente cuando la administración de estrógenos está contraindicada por el tipo de tumor diagnosticado (De Trill, 2003).

En la radioterapia las secuelas que ocasionan 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 de piel, las ya mencionadas náuseas, vómitos, cefaleas, diarreas, somnolencia, fiebre y pérdida del apetito (Álvarez, 2003).

Otras de las afecciones muy frecuentes en las pacientes con cáncer de mama es el linfedema consiste en la acumulación del líquido (linfa) en la extremidad. Esto provoca un aumento del volumen del brazo de una manera lenta y progresiva. La complicación más frecuente es la infección y cuyos síntomas son dolor, calor y enrojecimiento.

El linfedema causa hinchazón en la mano, el brazo y, ocasionalmente, en el pecho del lado donde se hizo la cirugía. Puede originarse cuando se sacan los ganglios linfáticos de la axila o como resultado de la radioterapia. Estas complicaciones también pueden aparecer semanas, meses o años más tarde (International Cancer Institute, 2008).

Los tumores pueden causar signos y síntomas lejos del propio lecho tumoral o de sus metástasis, conocidos como síndromes

paraneoplásicos. Estos son secundarios a la producción de hormonas biológicamente activas, factores de crecimiento, citoquinas, anticuerpos u otras sustancias no bien identificadas y producidas por el tumor. Los síndromes paraneoplásicos pueden ser el primer signo de enfermedad, y su identificación es crucial para lograr una detección precoz del tumor. En ocasiones pueden representar la sintomatología principal de la enfermedad, por delante de la motivada por el tumor primario.

El tratamiento de los síndromes paraneoplásicos es el de la propia enfermedad que los origina: el tumor. En ciertas ocasiones, la enfermedad de base no puede tratarse pero los síntomas y las complicaciones causados por los síndromes paraneoplásicos sí deben tratarse. Dicha sintomatología puede ser mucho más importante que la ocasionada por el tumor primario. Esta lista ejemplifica los síndromes más comunes:

- a) Síndromes endocrino-metabólicos: hipercalcemia, hipocalcemia, hipersecreción de calcitonina.
- b) Síndromes hematológicos: anemia, granulocitosis, trombocitosis, trombocitopenia, tromboflebitis, coagulación intravascular diseminada.
- c) Síndromes gastrointestinales: anorexia y síndromes renales.
- d) Síndromes cutáneos: enfermedad de paget, acantosis nigricans, dermatioisitis, eritema.
- e) Síndromes neurológicos: degeneración cerebelosa, polineuropatía sensitivo-motora, miastenia gravis, polimiositis (Tamblay & Bañados, 2004).

## Aspectos Psicológicos del Cáncer de Mama

El diagnóstico de cáncer suele resultar en una serie de reacciones emocionales, sentimientos de tristeza, y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente, entre muchos otros. Estos sentimientos pueden ir acompañados de una reacción de shock, incredulidad, ansiedad entre otros estados emocionales. Una condición más grave de estos trastornos incluye la presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas: disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, pensamientos e ideación suicida (McDaniel, Musselman, Porter, Reed & Nemeroff, 1995).

Quizás el cáncer de mama sea el tumor maligno más estudiado en relación con su impacto psicológico. En parte, porque es el más común entre la población femenina, por su naturaleza insidiosa y además, porque simboliza a un órgano que está íntimamente asociado con la autoestima, la sexualidad y la femineidad (Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, Glajchen, Sharp, et al., 1997).

El saber que se padece una enfermedad crónica altamente asociada a la muerte, el impacto psicosocial de la cirugía, el desasosiego que producen las sensaciones de la quimioterapia o el temor a la recaída son sólo algunos de los desencadenantes de las manifestaciones psicopatológicas más comunes en pacientes con cáncer de mama.

El porcentaje de pacientes que presentan trastornos psicológicos adaptativos no supera el 30%, mientras que cerca de un 20% presentan un diagnóstico psicológico relativamente formal: trastornos de ansiedad no reactivos, depresión mayor, síndromes orgánicos

cerebrales y, en menor medida, trastornos de personalidad y alimenticios relevantes (Massie, Holland 1990). De esta última cifra, después de excluir a personas con psicopatologías preexistentes, el porcentaje final se sitúa entre el 8% y el 15% (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman et al., 1983). La excepción a los datos mencionados la constituyen las pacientes de cáncer de mama con enfermedad avanzada. En este grupo particularmente vulnerable la incidencia de trastornos psicológicos es concurrente a la debilidad física y a los síntomas de dolor.

Así aproximadamente el 77% de las pacientes con estadio avanzado sufren de depresión grave (Sellick, Croocks 1999). Respecto a la etiología, y excluidas posibles causas orgánicas y yatrogénicas, la intensidad, frecuencia y duración de la afectación emocional parecen ser dependientes de la vulnerabilidad personal (Wells, Golding, Burnam, 1988). En esto último influyen varios factores predictores, como: el deterioro de la condición física, la menor de edad (Weisman, 1976), una historia familiar o personal de morbilidad psiquiátrica, la poca eficacia de los estilos de afrontamiento adoptados ante demandas previas a la enfermedad (ej.: negación, evitación y capitulación) (Dunn, Steginga, 2000), el grado de interiorización de las metáforas e imaginario social del cáncer (ej.: dolor, sufrimiento, soledad...), la experiencia indirecta previa con la enfermedad, la menor percepción de control sobre los acontecimientos, el escaso grado de asimilación de la información médica proporcionada y la insatisfacción por el apoyo familiar, médico y social recibido (McCaul, Sandgren, King O'Donell et al 1991).

No todo el distrés emocional diagnosticado en pacientes de cáncer de mama puede o debería calificarse como patológico sino más bien como transitorio o adaptativo (Classen, Koopman, Angel & Spiegel, 1996).



Dentro del proceso de enfermedad destacan ciertos momentos críticos de los que se figuran:

### El Diagnóstico

Éste representa para muchas personas uno de los momentos con mayor distrés. Por tal, suele valorarse como un acontecimiento altamente traumático, en especial para las mujeres más jóvenes (<45 años) y con sensación de poco control sobre los acontecimientos (Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, Glajchen, Sharp, et al., 1997). El estrés es especialmente elevado en los primeros días, sobre todo si la persona no consideraba esta posibilidad de resultado diagnóstico, y suele remitir al cabo de una o dos semanas (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998).

En este periodo se puede observar que las reacciones con fines adaptativos pasan por tres fases: a) La primera fase, o reacción inicial, en la que predominan los sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación.

Algunas pacientes han descrito periodos de azoro o aturdimiento e incluso de alienación que les permite un cierto distanciamiento emocional de las implicaciones de la crisis. Otras pacientes experimentan una sensación inmediata de desesperación y desmoralización, que a menudo se expresa en frases como: “sabía que iba a ocurrir”. b) Una segunda fase, o disforia, en la que sobresalen signos clínicos de ansiedad, humor depresivo, problemas cognitivos (atención y concentración) y alteración de las actividades diarias. c) Una tercera fase, o adaptación, en la que se produce el ajuste a la nueva situación y se empiezan a atisbar razones de optimismo (Amayra, Etxeberria, Valdosedá, 2001).

## Fase Terapéutica

Las pacientes refieren sentimientos de mayor esperanza, se sienten con protección debido a que se está haciendo algo con métodos sumamente agresivos, es decir, se ataca a la enfermedad que las amenaza de muerte. Por otro lado el equilibrio emocional puede quebrarse de nuevo y las principales dificultades dependerán de los efectos colaterales que vengan del tratamiento. Con frecuencia se observa una variabilidad individual donde los factores psicológicos tales como los estilos de afrontamiento y la capacidad de adaptación son los principales moduladores a considerar. Los problemas dependen en parte del tipo de tratamiento (náuseas anticipatorias y la producida por la quimioterapia, trastornos de la imagen corporal después de la cirugía, etc.), mientras que otros son comunes a las diferentes terapias, como el miedo, la fatiga y la situación paradójica de, con frecuencia, sentirse mucho peor que antes de los tratamientos (Font-Guiteras, 2006).

La mastectomía suele producir sentimientos de pérdida, mutilación, desvalorización de la imagen corporal y pone a prueba la eficacia de sus estrategias para afrontar tales situaciones. La amenaza al auto concepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no tienen pareja (Massie, Holland, 1990). La experiencia de la quimioterapia parece ser más estresante en el caso de los casos de cáncer de mama recidivante. Cuando tiene carácter adyuvante, la percepción de control frente al desarrollo de la enfermedad permite paliar los síntomas de ansiedad y depresión reactiva relacionados con la náusea, el vómito, la debilidad y el cansancio (Amayra, 1994).

No obstante, se aprecia una vulnerabilidad psicológica mayor en:

- a) Personas con una discrepancia mayor de expectativas respecto a los efectos secundarios del tratamiento, pues interpretan signos iatrogénicos como indicativos de progreso de la enfermedad, y presentan mayor susceptibilidad de desarrollo de sensaciones de náusea o episodios de vómito pre y post quimio-terapéuticos (Morrow, Lindke, Black, 1991).
- b) Personas que conciben la belleza física como primordial para su auto concepto y que pueden interpretar la caída del cabello como un ataque intolerable a su identidad, y que llegan a experimentar sensaciones de desintegración corporal.
- c) Pacientes jóvenes que perciben la modificación parcial o total de los ciclos menstruales como signos de esterilidad definitiva.

Finalmente, la radioterapia es el tratamiento que está rodeado de un mayor misterio e incompreensión. A menudo, las pacientes se muestran temerosas de someterse a un tratamiento invisible que les obliga a permanecer inmóviles, en silencio y solas debajo de una gran máquina. Existen además otros prejuicios más específicos, como los de resultar quemadas, desfiguradas o perder funciones fisiológicas esenciales. A esto se añade la incertidumbre de poder resultar contaminadas por radiación, percepción que con frecuencia se acompaña de sentimientos de abandono, alienación y soledad (Gux, 1988). Así, el apoyo psicológico debe enfocarse a mejorar el control de síntomas, analizar la información que está asimilando el paciente (para corregir información o interpretaciones erróneas) y aumentar la percepción del beneficio del tratamiento (Font-Guiteras, 2006).

## Intervalo Libre de Enfermedad

En esta fase las pacientes ya conocen más sobre los efectos colaterales de los tratamientos, y por tanto pueden sentirse más vulnerables y desprotegidos de un futuro con mucha incertidumbre por el miedo a una posible recaída, temor que se incrementa con las revisiones controles rutinarios. Por otro lado, las pacientes deben enfrentarse al regreso al trabajo y/o a las mismas responsabilidades domésticas, cuando, con frecuencia, la energía, las motivaciones y los valores ya no son los mismos. Aquí la ayuda psicológica se orienta a reducir las secuelas subjetivas de la enfermedad y mejorar la readaptación a la vida cotidiana. También el contacto con otros pacientes afectados ha mostrado gran utilidad al disminuir emociones y pensamientos negativos tan importantes para la calidad de vida (Van der Borne et al., 1987).

## Recaídas (Recidiva)

Durante los cinco primeros años después del periodo de tratamiento existe el riesgo a una recaída. La mayoría de las pacientes permanecen expectantes durante esta fase y se sienten relativamente seguras cuando no aparecen signos clínicos de alarma. El diagnóstico de metástasis o de recaída puede generar una serie de reacciones:

a) Disonancia cognitiva, es decir, un cambio en el sistema de creencias para poder ajustarse a la nueva información, que suele ir acompañada se sentimientos de fracaso en relación a la elección terapéutica realizada, culpando al médico y minimizando su propia responsabilidad o reacciones que niegan la gravedad de la recurrencia.

b) Pérdida de la esperanza. Las pacientes pueden creer que la

recaída significa muerte inminente y, por tanto, sentirse desesperanzada, adoptando la actitud negativa de total abandono y de resignación.

c) Negación. Estas estrategias psicológicas suponen conductas de evitación tales como: no acudir a las citas médicas o demorar la verificación de nuevas lesiones. Con el pasar del tiempo, el valor adaptativo de la negación disminuye, sucedida por sentimientos depresivos en los que predominan la indefensión, sensación de pérdida del control, enojo, agresión, y preocupación por el futuro (Classen, Koopman, Angel, Spiegel, 1996).

Hay que volver a manejar la compleja información sobre las opciones (ahora menores) de tratamiento. Otras pacientes creen que si ya han superado la enfermedad una vez, lo volverán a conseguir. En todo caso, el tratamiento de la recidiva suele incrementar aún más el desgaste físico y emocional de las pacientes. Un tratamiento psicológico en esta fase se orienta a optimizar la comunicación con el médico y dar salida a los nuevos problemas ante la nueva situación (Font-Guiteras, 2006).

### Enfermedad Avanzada

Dependiendo de la información clínica que se tenga las pacientes desarrollan necesidades adaptativas. Algunas pacientes claudican y esperan el desenlace final de manera pasiva, otras se muestran frustradas, enojadas y agresivas, otras sienten la necesidad de despedirse de personas, lugares y/o actividades, en otras se activan reproches contra ellas mismas o por el sistema de salud al que se han asistido por no haber evitado tal situación. El miedo y la sensación de fracaso pueden ser muy intensos, algunas pacientes o familiares

buscan desesperadamente algún nuevo tratamiento aunque esté en fase experimental o sea necesario viajar a otro país mientras que otras pacientes y sus familiares recurren a medicina alternativas. En esta fase la intervención psicológica puede dirigirse a ayudar al paciente en la revisión de los valores y el sentido de la propia vida, expresar miedos y mantener la esperanza en controlar el tan temido sufrimiento. El apoyo psicológico debe orientarse hacia la aceptación de la dependencia de los demás, manteniendo la sensación de ser una persona con un valor intrínseco y no verse a sí mismo como una carga hacia sus familiares o cuidadores primarios (Font-Guiteras, 2006).

### Fase Terminal

En esta siguiente fase es muy importante el control de síntomas y atender los detalles que puedan generar comodidad, confort o satisfacción emocional, involucrando a los cuidadores primarios lo más posible. Los miedos que más presentan las pacientes se refieren al sufrimiento de la fase terminal que al hecho mismo de que van a morir. Proporcionar señales de seguridades claras y concisas de que se va a controlar cualquier contratiempo evitando el dolor es esencial para asegurar un cierto grado de bienestar psicológico. Los familiares o cuidadores primarios pueden necesitar también apoyo psicológico, ya que suelen llegar emocionalmente agotados y a veces con sentimientos contradictorios ante el duelo anticipado. El bienestar espiritual también puede incluirse en el tratamiento de los pacientes en fase terminal (Cole & Pargament, 1999).

### Remisión

Las pacientes que sobreviven al cáncer pueden experimentar también necesidades psicológicas. Algunas necesitan estar en contacto con la

enfermedad y creen que deben ayudar a otras personas afectadas, o sienten que no dar la espalda a la enfermedad es la mejor manera de continuar “manteniéndola a raya”. Otras prefieren olvidarse del tema, aunque sea difícil por la cantidad de noticias e interés que genera el tema del cáncer en los medios de comunicación. Entre las pacientes más jóvenes puede haber más conciencia de las secuelas de la enfermedad y más miedo al futuro, transcurridos varios años, que cuando finalizaron los tratamientos (Font-Guiteras, 2006)

### Intervención Cognitivo-Conductual

Las intervenciones cognitivo conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación del comportamiento. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los principales causantes de la mala interpretación de lo que ocurre alrededor del individuo (Méndez, Olivares & Moreno, 1998).

La terapia basada en el modelo cognitivo-conductual tiene como propósito general modificar las cogniciones y conductas que contribuyen a los problemas del paciente a través de técnicas basadas en la investigación científica (Trull & Phares, 2003). Está indicada en casos clínicos en los que las reacciones desadaptativas persisten durante al menos dos semanas y están asociadas a un estresor ocurrido durante los tres meses previos.

Entre sus objetivos principales están: a) La reestructuración cognitiva de patrones de pensamiento desadaptativo y de creencias irracionales sobre la enfermedad y los tratamientos. b) Aplicación de métodos conductuales como la relajación, técnicas de comunicación

efectiva, fijación de metas y manejo del estrés mediante el aprendizaje de estrategias eficaces de afrontamiento (Moorey & Greer, 1989). Así, se considera a los pensamientos como la causa de las emociones, y no a la inversa. La terapia consiste esencialmente en: a) Identificar aquellos pensamientos irracionales que hacen sufrir al paciente o que interfieren con su bienestar y funcionalidad y b) Identificar qué hay de irracional en ellos mediante un trabajo de re-examen por parte del paciente, que el terapeuta promueve, guía y supervisa.

Cuando se detectan pensamientos irracionales, falsos o distorsionados se pasa a una fase de modificación, que es central en la Terapia cognitiva y consiste en reemplazar los viejos hábitos e ideas irracionales por otros más ajustados a la realidad y a la lógica. Esto se hace mediante un esfuerzo dirigido para rechazar los pensamientos distorsionados y reemplazarlos por pensamientos más acordes con la realidad y más racionales. Así, la terapia cognitiva se vale del pensamiento crítico para conseguir el cambio en los pacientes y no de una imposición dogmática de pensamientos predeterminados o automáticos.

La terapia cognitiva no es un proceso “de un día para el otro”. Aún cuando un paciente ha aprendido a reconocer cuándo y dónde su proceso de pensamiento se ha distorsionado, puede llevar meses de esfuerzo sistemático y concentrado reemplazar un pensamiento inválido con uno más adecuado. Con paciencia y un buen terapeuta, la terapia cognitiva suele ser una herramienta valiosa en la recuperación.

En el caso de la depresión, el pensamiento negativo puede originarse en fuentes biológicas (“depresión endógena”), la influencia educacional de padres, u otras fuentes. La persona deprimida experimenta pensamientos negativos como más allá de su control.



El terapeuta conductual instrumenta técnicas para dar al paciente un mayor grado de control sobre el pensamiento negativo, corrigiendo distorsiones cognitivas o pensamientos sesgados en un proceso llamado reestructuración cognitiva (Burns, 1999).

Se han propuesto tres grandes grupos de terapias cognitivo conductuales:

1. Las centradas en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problemáticas (Kazdin, 1974; Meichenbaum & Cameron, 1983; Suinn & Richardson, 1971).
2. Las centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva (Beck, 1976; Ellis, 1980; Meichenbaum, 1977) y
3. Las centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no parece tener solución también denominada de solución de problemas (D´Zurilla & Goldfried, 1971; Mahoney, 1977; Spivack, Platt & Shure, 1976, Mahoney & Arnoff, 1978), las cuales se enfocan a dotar al paciente de habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas.

En otras técnicas, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento busca instaurar en el sujeto destrezas que usará en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés. Entre ellas destacan el entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971), el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum & Cameron, 1983) y otras técnicas de autocontrol (Carrobbles, 1985). Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los pacientes poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas

están la terapia cognitiva de Beck (1976), la terapia racional emotiva de Ellis (1980), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987) y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977).

Las intervenciones cognitivo conductuales se han establecido como tratamientos muy efectivos a un gran número de problemas psicológicos dentro del área clínica, entre los que se encuentran el estrés relacionado con el cáncer y sus tratamientos (Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, 1995) y buscan también, 1) Promover un ambiente de apoyo, 2) Facilitar la elaboración del duelo de las múltiples pérdidas, 3) Incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades en solucionar problemas, 4) Promover la percepción de dominio y autocontrol y 5) Anticipar las prioridades del futuro (Kissane et al., 1997).

Las intervenciones psicoeducativas, por otra parte, ayudan a las pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión y aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y existenciales (Iacovino & Reesor, 1997). Los programas psicoeducativos proponen que, proporcionar información sobre la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas incrementa los recursos de afrontamiento y contribuye a reducir la ansiedad asociada con la visita clínica y con eventos posteriores relacionados con el tratamiento y la recuperación (McQuellon, et al., 1998). Además de los beneficios obvios sobre la calidad de vida, también puede mejorar la satisfacción del paciente con la atención recibida y potenciar la adhesión a las indicaciones médicas.

## Calidad de Vida

La Calidad de Vida (CV) como constructo es relativamente nuevo ya que aparece en las bases de datos especializados a partir de 1969, y desde entonces ha recibido atención, en gran medida por tratarse de un concepto que engloba varios aspectos del bienestar. Esto ha llevado a su adopción como indicador para disciplinas diversas tales como la economía, la política, la psicología y la medicina (Fernández-Ballesteros, 1997). Desde la óptica de la psicología la CV es un concepto que se refiere a la percepción del sujeto de situaciones cotidianas, donde la salud se ha tornado en una variable que afecta y aglutina a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. (Moreno & Ximénez, 1996).

La salud es esencial para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación. La Organización mundial de la Salud, la define como: "Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de ausencia de enfermedad o discapacidad" (OMS, 1946). De esta forma, el concepto de calidad de vida adquiere relevancia como aspecto inseparable de la salud, su análisis implica aspectos del funcionamiento humano, cuya ausencia o deterioro imposibilitan la funcionalidad. Algunos de ellos se refieren a la valoración subjetiva del mismo y conductas que permitan el cuidado óptimo de su salud y del funcionamiento cotidiano en áreas de suma importancia tales como la educación, el empleo, la seguridad social, la recreación, la nutrición, la convivencia, etc. (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2001; OPS, 1999).

Para fines de la presente investigación se adoptó la definición de la Organización Mundial de la Salud que define a la Calidad de Vida

como la percepción subjetiva y los factores contextuales de los individuos que incluye su percepción de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual viven, en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses (Harper & Power, 1998).

Aun no existe un consenso establecido sobre sus componentes, en parte porque se utiliza como medida en ámbitos tan diversos como: el bienestar global de una población; el desarrollo económico y social; el impacto de circunstancias como la pérdida de la salud; el impacto de diferentes intervenciones, incluyendo las farmacológicas. Entonces dependiendo del contexto, se compone de variables objetivas, subjetivas, otras derivadas de la interacción entre ambas, y de la evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Se la ha asociado con variables objetivas y socio-ambientales tales como la calidad del medio ambiente, disponibilidad de servicios sociales, el ingreso mensual y la posesión de bienes. De entre las variables subjetivas y personales se consideran: la percepción de salud, el involucramiento de actividades recreativas, satisfacción de general con la vida, interacción social y habilidades funcionales (Fernández-Ballesteros 1997; OMS, 2002). Se ha propuesto que las variables las objetivas son muy útiles para obtener una evaluación de la calidad de vida en poblaciones generales, tal y como sería relevante para aspectos políticos y sociales, mientras que las subjetivas permiten evaluar el impacto de situaciones específicas y de intervenciones en rubros dirigidos a la salud (Velarde-Jurado & Ávila Figueroa, 2002).

Para algunos teóricos e investigadores, el componente esencial y determinante para evaluar la CV es la percepción subjetiva de cada persona (Schwartzmann, 2003). Estudios que exploraron la congruencia entre a evaluación de la CV que puede hacer el médico tratante con la percibida por el paciente en casos de cáncer, encontraron que la correlación entre la evaluación del médico y del paciente fue baja, es decir, los médicos no determinan con precisión la forma en que se sienten sus pacientes y se insiste en que las evaluaciones relativas a la CV deben hacerlas los pacientes y no el personal de salud (Stevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988). Así, la mejor fuente de información sobre la CV es el propio individuo, y será él quien determine los aspectos de la CV más importantes, ya sea respecto al bienestar percibido antes y después de una intervención, a la satisfacción que obtiene en su propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 1997).

Las escalas de CV relacionadas con la salud (CVRs) incluyen aspectos generales que suelen afectarse ante su pérdida, como las funciones físicas, interacciones sociales y síntomas. Miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba su grado de bienestar o malestar respecto de su vida y su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, que suelen ser las principales afectadas por un proceso de enfermedad. Sin embargo, normalmente no se incluyen aspectos específicos tales como el ambiente hospitalario y las relaciones del paciente con el equipo de salud (Cramer & Spilker, 1998).

Se ha propuesto que el constructo CV en la medicina es relevante para:

- la planificación de la atención a la salud con base en las necesidades de una población,
- la evaluación de resultados en ensayos clínicos y

de investigación sobre servicios de salud y c) para tomar las mejores decisiones en cuanto distribución de recursos (Albrecht & Fitzpatrick, 1994).

Existen diversos instrumentos para evaluar la calidad de vida, es especialmente importante considerar en ellos su confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, es decir, que reflejen los efectos de intervenciones. Por ejemplo la Organización Mundial de la Salud desarrolló el WHOQoL (u OMSQoL) apegándose a tres criterios secuenciados para su elaboración, mismos que recomienda. Primero, que se construyan para una cultura en su idioma, a partir de la cual se puedan realizar traducciones y re-traducciones; segundo que se identifique un conjunto de ítems comunes como relevantes para un amplio espectro de culturas; y tercero, que expertos de diferentes culturas identifiquen y contribuyan a la definición de todos los aspectos de vida necesarios para una evaluación comprehensiva que caracterice la CV (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999). En el caso del OMSQoL se definieron cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Otro instrumento que siguió lineamientos similares es el propuesto por el Grupo europeo de Calidad de Vida, el EuroQoL, en el que las dimensiones se derivaron a partir de una discusión multinacional de siete países (Brooks, 1996). La recomendación general es que, siempre que se trate de evaluar intervenciones se utilicen escalas con propiedades psicométricas adecuadas a la población blanco (Cramer & Spilker, 1998). En el caso de la medición de la CV relativa a la salud son especialmente relevantes características como: brevedad y sencillez en su administración; inclusividad en la evaluación de condiciones de salud; minimizar efectos de techo y piso; contar con criterios de precisión (consistencia interna y confiabilidad); precisión

longitudinal (estabilidad test-retest); y validez, incluyendo sensibilidad clínica al cambio y evidencia de validez en aplicaciones individuales (McHorney & Tarlov, 2002).

Algunos de los instrumentos en castellano más ampliamente utilizados en la medición de la CVRS han sido traducciones de escalas elaboradas en países con condiciones de desarrollo muy distintas a las de América latina. Por ejemplo: el perfil de calidad de vida en enfermos crónicos, PECVEC, versión castellana de Fernández, Rancaño & Hernández (1999), se adaptó de la escala alemana original en incluye las áreas de: capacidad física, función psicológica, estado de ánimo positivo y negativo, funcionamiento y bienestar social. El SF-36 fue traducido al castellano por Alonso, Prieto y Antó (1995) de la escala norteamericana original y agrupa sus áreas en un componente físico (función física, rol físico, dolor corporal y salud general) y en un componente mental (salud mental, rol emocional, función social, y vitalidad).

Se ha propuesto que existen tres perspectivas para enmarcar los aspectos medulares en la medición de la CV: a) la CV general, b) la CV relacionada con la salud, y c) la CV específica para cada enfermedad. Los primeros se clasifican como instrumentos genéricos que permiten comparar diferentes poblaciones y padecimientos pero tienen la desventaja de que pueden ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo que suelen usarse sólo de manera descriptiva (Sánchez-Sosa & González Celis, 2006). Los instrumentos específicos se basan en las características particulares de un determinado padecimiento, lo que permite evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo, tiene capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos (Velarde-Jurado & Ávila Figueroa, 2002). En este caso se encuentra la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos, EsCaViPS (González-Puente & Sánchez-

Sosa, 2001) que sólo es pertinente al padecimiento para el que se diseñó.

Se han realizado estudios sobre CV en pacientes con cáncer donde se identificaron entre otras cosas, deterioro especialmente notorio, dolor físico, funcionamiento en actividades cotidianas, preocupaciones sobre la recurrencia de la enfermedad, efectos colaterales de las intervenciones, habilidad del paciente para afrontar responsabilidades o para el cuidado de su salud, pérdida del apoyo social o familiar, y dificultad para recibir apoyo (Costanzo, Lutgendorf, Mattes, Trehan, Robinson, Tewfik & Roman, 2007).

Muchos instrumentos existentes para CV no suelen considerar áreas relacionadas con los familiares, intervenciones médicas y la percepción del impacto que éstas tienen sobre la CV del paciente. Éstas resultan relevantes porque afectan a otros elementos importantes o básicos en el mantenimiento de la salud tales como la adhesión al tratamiento (Sánchez-Sosa, 2002<sup>a</sup>). Asimismo, la literatura de investigación prácticamente no contiene comparaciones entre los perfiles de escalas diseñadas para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) entre quienes sufren enfermedades crónicas y padecimientos agudos, estos últimos también verían afectada su CVRS y se sabe muy poco acerca de dicho proceso. En los países latinoamericanos las condiciones de transición epidemiológica necesitan hacer énfasis en estos elementos debido a la polarización en la estructura de las causas de muerte, en las que la contribución relativa de las condiciones crónicas es tan importante como la de las enfermedades infecciosas o transmisibles (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2000).

Como ya se ha comentado, los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y en la CV de quienes los padecen, de



sus familiares o cuidadores primarios y de aquéllos considerados los más allegados. El propio diagnóstico implica la pérdida del estado de salud, además de la instrumentación de cuidados y de nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. Así, en virtud de que un elemento medular dentro del deterioro y el sufrimiento de las pacientes lo constituye el propio comportamiento humano (Sánchez-Sosa, 2002<sup>a</sup>) el propósito del presente estudio fue examinar el efecto de un tratamiento psicológico sobre aspectos emocionales, cognitivos e instrumentales afectados por el padecimiento y por su tratamiento, analizados mediante cambios en su calidad de vida.

Otros estudios examinaron los efectos de intervenciones de corte cognitivo-conductual en pacientes con diabetes e hipertensión. En uno de ellos se intervino a 51 pacientes sobre variables psicológicas que interferían con el bienestar y la adhesión terapéutica del paciente. Una serie de mediciones pre y post en Calidad de Vida, estilo de afrontamiento, depresión, ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial y dosis de hipotensor revelaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables. Se observaron beneficios notorios en adhesión al tratamiento, niveles de glucosa, actividad física, disminución de la ansiedad y depresión, conductas de riesgo y en los estilos de afrontamiento (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005).

En el caso de la literatura de investigación sobre intervenciones cognitivo conductuales en Calidad de Vida de pacientes con cáncer de mama, éstas son escasas, y destacan las siguientes:

En un conjunto de resultados resultados de un estudio meta-analítico acerca de la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el

tratamiento de sujetos con problemas crónicos de salud, en general se identificaron 26 trabajos empíricos realizados en España entre 1980 y 1997, dando lugar a un total de 34 estudios independientes. El índice del tamaño del efecto elegido para resumir los resultados de los estudios fue la diferencia media tipificada, alcanzando en el postest una media de  $d+ = 1.268$ , aunque se redujo casi en un 50% en el seguimiento ( $d+ = 0.768$ ). Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los efectos de diversas técnicas, destacando las habilidades de afrontamiento ( $d+ = 1.431$ ) seguidas de las técnicas de reestructuración cognitiva ( $d+ = 1.130$ ). Se analizaron la influencia de otras variables moduladoras de los resultados y se discuten las implicaciones teóricas y clínicas de los resultados para la investigación futura (Sánchez-Meca, Rosa & Olivares, 1999).

Otros estudios sólo describen la revisión literaria del impacto psicosocial del cáncer de mama concentrándose en el periodo de ajustamiento, del tratamiento, y de las intervenciones psicosociales. Concluyeron, que más de un cuarto de estas mujeres sufren de distrés durante el diagnóstico y tratamiento, las mujeres tratadas con cirugía conservadora sufren menos efectos psicosociales y tuvieron mejor autoimagen y funcionamiento sexual. Existen factores que moderan el impacto del cáncer de mama en la salud psicosocial incluyéndose estilos de afrontamiento, información, soporte social y tratamiento pre psiquiátrico. Estudios revisados en intervenciones psicosociales sugieren el efecto positivo del soporte social, terapia cognitivo-conductual y de información de apoyo (Glanz, Ph. D & Lerman, 1992).

En México un estudio sometió a prueba un sistema de autoregistro conductual para sondear los efectos de una intervención conductual como apoyo al tratamiento y reducción del estrés en pacientes con

cáncer mamario y con baja escolaridad. La prueba incluyó las primeras seis pacientes de un grupo de 87, con máximo de primaria inconclusa, que completaron el tratamiento. Los resultados apuntan hacia un sistema confiable, económico y práctico; además de mejoría notoria en la mayoría de las categorías conductuales y emocionales para prácticamente todas las participantes (Sánchez-Sosa & Alvarado, 2008).

Son pocos los trabajos publicados en México de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. El objetivo del trabajo: Tratamiento cognitivo-conductual en el manejo de dolor por cáncer, fue disminuir la intensidad del dolor y de la sintomatología depresiva y ansiosa a partir de tratamientos de corte cognitivo-conductual, fueron siete pacientes entrenados con reestructuración cognitiva, respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginación guiada, así como psicoeducación. Los resultados presentaron una reducción estadísticamente significativa en la intensidad de la sintomatología, y sólo dos de ellos presentaron un decremento significativo en la intensidad del dolor al final del tratamiento. Concluyéndose que hubo mayor bienestar subjetivo que en la calidad de vida de los pacientes (Acosta, 2003).

Toda la literatura reseñada tiene un gran valor para esta investigación, ya que son estudios que por su metodología pueden ser replicables, representan un beneficio tangible hacia los pacientes y muestran los beneficios directos de la labor del terapeuta psicológico en ambientes hospitalarios.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 60 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (InCan) de la ciudad de México, de sexo femenino con al menos tres meses de evolución a partir de un diagnóstico confirmado de cáncer de mama y quienes completaron el protocolo de investigación con medidas de pre test, post-test y dos seguimientos. Algunas participantes potenciales se excluyeron del estudio si presentaban un cuadro psiquiátrico (incluyendo retraso mental), si se encontraban en fase terminal, o si participaban en algún otro protocolo de investigación. Todas las participantes o sus cuidadores primarios tenían un ingreso mensual que los situaba en el promedio de salario mínimo o ligeramente por arriba de éste. Otros datos sociodemográficos se presentan en porcentajes en la tabla 1.

El grupo final quedó conformado por 60 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama con edades entre los 31 y 67 años y un promedio de 46.3 años de edad. Con una evolución de la enfermedad de 3 meses a 7 años desde el momento del diagnóstico.

*Tabla 1*

#### Características Sociodemográficas de las Participantes.

Edo. Civil	Escolaridad	Profesión	Religión
Soltera (18.3%)	Primaria incompleta (10%)	Empleada (16.6%)	Católica (86.66)
Casada (41.66%)	Primaria completa (21.66%)	Ama de casa (46.66%)	Testigo de Jehová (5%)
Unión libre (3.33%)	Secundaria incompleta (5%)	Jubilada (0%)	Evangélica (6.66)
Divorciada (6.66%)	Secundaria completa (15%)	Autoempleo (23.33%)	Agnóstico (1.66%)
Viuda (15%)	Estudios comerciales (20%)	Profesionista (5%)	
Separada (15%)	Preparatoria incompleta (3.33%)	Estudiante (5%)	
	Preparatoria completa (11.66%)	Desempleada (3.33%)	
	Estudios universitarios (10%)		
	Analfabeta funcional (3.3%)		

## Medición

Como instrumento de medición se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009) que se compone de 53 reactivos (en escala tipo Likert). El instrumento evalúa doce áreas relacionadas a la Calidad de Vida: Preocupaciones, Desempeño Físico, Aislamiento, Percepción Corporal, Funciones Cognitivas, Actitud ante el Tratamiento, Tiempo Libre, Vida Cotidiana, Familia, Redes Sociales, Dependencia Médica, y Relación con el Médico. El inventario cuenta, adicionalmente, con una sección de cuatro reactivos dirigidos a información o comentarios generales y reactivos acerca de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala (disgustos, problemas de salud, etc.) o mayores (muerte de alguien cercano, separación, etc.) ocurridas en la última semana (seis meses en el caso de los mayores) así como comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos socioeconómicos (*véase anexo 1*).

Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). A los reactivos se les asigna un valor de 0 a 5 puntos.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente. Éstas se presentan a continuación:

- *Preocupaciones* se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la

interacción con otros, como “Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo, por mi enfermedad”.

- *Desempeño Físico* se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como “Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”.
- *Aislamiento* explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”.
- *Percepción Corporal* se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente como “Me da pena mi cuerpo”.
- *Funciones Cognitivas* revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como “Se me olvida en dónde puse las cosas”.
- *Actitud ante el Tratamiento* revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”.
- *Tiempo Libre* explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”.
- *Vida Cotidiana* revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo “Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida”.
- *Familia* explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”.
- *Redes Sociales* explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”.
- *Dependencia Médica* se refiere al grado en que el paciente deposita la

responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”.

- *Relación con el Médico* se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante, por ejemplo “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

### Propiedades Psicométricas del InCaViSa

Diversos estudios y análisis estadísticos realizados durante la construcción del instrumento arrojaron medidas altas y bastante confiables al respecto de varias dimensiones. En uno de los estudios se aplicó el instrumento a tres grupos con condiciones relativas a la salud: un grupo de enfermos con padecimientos crónicos (n=172), uno con padecimientos agudos (n=129) y un grupo control de sanos (n=114), para una N total de 435 participantes.

Para calcular la consistencia interna del inventario se computaron coeficientes Alfa de Cronbach, obteniendo coeficientes que oscilaron entre .9337 para el área de Vida Cotidiana y .6831 para el área de Actitud ante el tratamiento. Se realizó también un análisis factorial con rotación varimax sobre la estructura de la escala para extraer la composición factorial del instrumento y determinar cómo se agrupan los reactivos con respecto a cada área y la manera en que cada una de las áreas compone los factores del inventario. Cada área quedó compuesta por cuatro reactivos y el total de doce áreas explicó el 68% de la varianza.

La estabilidad temporal del instrumento se estableció mediante un test-retest, al menos un mes después de la primera aplicación, con los participantes con padecimientos crónicos (n=50) y sanos (n=50), ya que

es en ellos en quienes no se esperaría una modificación importante en su calidad de vida atribuible a su estado de salud. Se empleó el coeficiente Rho de Spearman el cual reveló correlaciones altas entre la primera y la segunda aplicación del instrumento en las dos condiciones (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009).

Así, el InCaViSa muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, además de validez concurrente establecida con el OMS-QoL Bref en su versión adaptada para México (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003), en una comparación test re test, así como sensibilidad para poder distinguir entre diferentes condiciones de salud.

El InCaViSa resulta sumamente útil para evaluar el efecto de las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida en comparaciones pre-post tratamiento. Muestra en los seguimientos buena estabilidad y posibilidad de reconocer el efecto de situaciones transitorias y posibles asociaciones con variables sociodemográficas.

### Entrenamiento de Terapeutas

Todas las entrevistas, recolección de datos y procedimientos de intervención estuvieron a cargo de siete estudiantes avanzados de la licenciatura en psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. A los estudiantes se les seleccionó a partir de sus calificaciones específicas en cursos con orientación conductual (todos superiores a 8 en una escala de 0 a 10). Después de aprobar un curso avanzado en terapia cognitivo conductual los estudiantes recibieron entrenamiento adicional en intervenciones para pacientes con cáncer de mama. El curso avanzado había incluido un análisis detallado de la bibliografía contemporánea en la evaluación experimental de



cambios de conducta en el área de la salud. Las lecturas incluían tópicos generales tales como: diseño experimental de un solo sujeto, técnicas de control de variables extrañas, criterios en definición de conductas anormales, análisis retrospectivo de factores de riesgo. Otros temas del curso, más directamente relacionados con psicología de la salud incluyeron: observación conductual, procedimientos de recolección de datos, interacción y comunicación eficaz paciente-terapeuta, técnicas de detección y cambio en creencias disfuncionales, establecimiento de conductas de auto cuidado, detección y modificación en reacciones emocionales disfuncionales, entrenamiento en técnicas de relajación y formulación de reportes clínicos entre otros.

El entrenamiento adicional sobre intervenciones en conducta para pacientes con cáncer de mama duró aproximadamente dos semestres posteriores al completamiento de los cursos, prácticas de laboratorio y de campo de una licenciatura típica en psicología.

Durante este año adicional, los estudiantes trabajaron en sesiones semanales tipo seminarios, que abarcaron el análisis de bibliografías contemporáneas seleccionadas en intervenciones psicológicas para pacientes con cáncer de mama. El seminario incluyó el análisis de búsquedas de artículos de investigación contemporáneos y estudios de caso en intervenciones clínicas experimentales en el área de cáncer en general y cáncer de mama en particular. Los títulos incluían una gran variedad de temas tales como el manejo del estrés (Bower & Segerstrom, 2004), resultados a largo plazo de reconstrucción post-quirúrgica en cáncer de mama (Wilkins, 1998), insomnio (Quesnel, Savard, Simard, Ivers & Morin, 2003), manejo de la incertidumbre (Mishel, Germino, Gil, Belyea, Carlton-Laney, Stewart, Porter & Clayton, 2005), estrategias de afrontamiento (Owen, Klapow,

Roth, Shuster, Bellis, Meredith & Tucker, 2005), pérdida de peso como efecto de la quimioterapia (Kumar, 2001) y medicinas alternativas auto administradas (Bennett, Montgomery, Steinberg, & Kulp, 2004), entre otros. Los estudiantes trabajaron después como terapeutas bajo la supervisión de un licenciado en psicología que cursaba un posgrado y por el investigador principal del programa.

### Reclutamiento de Participantes

A las pacientes se las reclutó en la sala de espera del pabellón de tumores mamarios del hospital y/o en los consultorios médicos del mismo, previa búsqueda de en la base de datos del hospital de participantes potenciales. Una vez aceptada la participación inicialmente se les hacía una descripción general del programa con énfasis del papel del comportamiento y factores psicológicos en el tratamiento del cáncer y de los beneficios potenciales de la participación en el protocolo. De acuerdo con los requerimientos éticos habituales, a las participantes potenciales se les presentaba y explicaba una Carta de Consentimiento Informado (*véase anexo 2*), elaborada según lo estipulado por el Código Ético del Psicólogo en vigor en México (Sociedad Mexicana de Psicología, SMP, 2008). En éste se establecen las características del estudio, posibles beneficios, responsabilidades adquiridas, garantía de anonimato, confidencialidad y la libre opción de dejar el estudio en cualquier momento sin consecuencias institucionales de ninguna índole. Finalmente se les ofrecía asesoría adicional después de completar los protocolos del proyecto si el paciente así lo requería.

Una vez reclutadas las participantes, se las asignaba a un calendario de sesiones a realizarse en uno de tres consultorios temporalmente asignados al protocolo por el hospital. En casos excepcionales, las

sesiones se realizaban en la casa del paciente dependiendo de sus condiciones médicas (tales como la recuperación de cirugía) o por tener dificultades para transportarse al hospital. Para facilitar la conformidad con las citas, se ajustaba en lo posible la distribución de sesiones a las visitas médicas o a las necesidades de transporte de la paciente.

### Procedimientos Clínicos

La intervención se llevó a cabo en modalidad individual usando una aproximación de corta duración, activa, focalizada, y directiva en consultas semanales de una hora de duración, a lo largo de un promedio de 16 sesiones.

Durante la intervención de la primera sesión el terapeuta llenaba el formato de entrevista corta con los datos personales y socio-demográficos de la paciente (*véase anexo 3*) y posteriormente exploraba el conocimiento de la paciente sobre su condición y la exponía a un texto de cuatro páginas sobre el cáncer de mama con énfasis en aspectos psicológicos relevantes. El texto se diseñó expresamente para el protocolo y preparado en un castellano muy sencillo (*véase anexo 4*). Si la paciente no sabía leer o no comprendía la lectura, el terapeuta le leía, explicaba y ejemplificaba los contenidos del texto en términos sencillos y la invitaba a hacer preguntas. A continuación le explicaba el fundamento de los tres objetivos terapéuticos: a) establecimiento de conductas de apoyo al tratamiento médico, b) la modificación de creencias sesgadas o disfuncionales, incompatibles con reacciones emocionales positivas, c) la adquisición de habilidades de autorregulación para facilitar dichas reacciones emocionales. A las pacientes también se les explicaba que cualquier futura pregunta y dudas serían bienvenidas en cualquier momento

durante el tratamiento. Una vez que se contestaron las preguntas iniciales, el terapeuta explicaba el plan general de la intervención y, si el tiempo lo permitía, empezaba a instrumentar intervenciones específicas.

### Componentes Instrumentales

Los procedimientos hacia el establecimiento de habilidades y conductas específicas para el cuidado médico siguieron la línea de solución de problemas de Safren, Otto, Worth, Salomon, Johnson, Mayer & Boswell (2001); Nezu, Palmatier & Nezu (2004) y D'Zurilla, Nezu & Maydiou-Olivares (2004). Así los terapeutas revisaban, en detalle, con la paciente una lista de conductas de adhesión terapéutica y posibles problemas y soluciones titulada "Pasos Vitales" (Safren, Otto & Worth, 1999). Para cada problema identificado, el terapeuta analizaba junto con la paciente la viabilidad de las soluciones posibles y la motivaba para ponerlos en práctica. Las principales acciones de adhesión enlistadas incluían: presentarse a consulta, hacer preguntas al personal médico, obtener y administrar medicamentos, tolerancia a los efectos colaterales, toma de medicamentos en tiempo, higiene personal y de la preparación para su atención médica (*véase anexo 5*).

### Componentes Cognitivos

Los procedimientos orientados a detectar y modificar creencias distorsionadas o disfuncionales se basaron tanto en las técnicas tradicionales de cambio de valoraciones de la paciente (Brewin, 1996), como los de la psicoterapia funcional analítica (Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown & Baruch, 2006; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2002; Vandenberghe, 2008). Así, cuando una paciente verbalizaba

una idea distorsionada el terapeuta cuestionaba su plausibilidad directamente o conducía a un ejercicio de preguntas y respuestas, guiándola a desarrollar alguna (o ambas) de dos conclusiones: qué tan irracional o irreal era la declaración, y cómo podría ésta interferir con su bienestar y tratamiento médico. Si la paciente describía cómo había logrado emitir una o más de las conductas deseadas, el terapeuta le hacía un reconocimiento verbal.

### Componentes Emocionales

Finalmente, el principal procedimiento orientado a disminuir reacciones psico-fisiológicas de ansiedad incluía el entrenamiento en respiración diafragmática profunda y relajación muscular progresiva profunda (Fahrion & Norris, 1990; Lehrer, 1996). Después de explicar a la paciente la relación entre ansiedad y tensión muscular en términos simples, el terapeuta instaba a la paciente a sentarse cómodamente, a aflojar su ropa si estaba apretada, y a imitar (en caso de hacer falta) la respiración diafragmática del terapeuta. Esto podía incluir respirar profundamente y monitorear el componente diafragmático pidiendo a la paciente que colocara una mano sobre su propio abdomen a fin de sentir su respiración.

Durante esta práctica el terapeuta usaba frases pausadas para marcar un ritmo de respiración profundo y constante. Estas frases incluían descripciones de la respiración como profunda, lenta (aproximadamente 8 segundos desde el inicio de la inhalación al final de la exhalación), desde el estómago y cómoda, y reforzaba verbalmente a la paciente por su progreso. Una vez que las pacientes dominaban esta rutina se las instruía para dejar la respiración diafragmática como un “fondo constante” durante el resto de los ejercicios de relajación.

Una vez que el terapeuta describía y ejemplificaba el contraste entre tensión-relajación se pedía a las pacientes que tensaran por unos segundos y después relajaran grupos específicos de músculos. Este procedimiento alternante de tensión-relajación incluía la siguiente secuencia: frente, mejillas, labios, mandíbula, cuellos, hombros, brazos, manos, abdomen, trasero, piernas, tobillos y pies.

Al final de cada sesión el terapeuta asignaba a la paciente tareas para realizarse en casa con instrucciones adicionales si había colaboración de cuidadores primarios. En estos casos, los familiares ayudaban a llevar, entre otras tareas, registros de confiabilidad. En un intento por reducir los sesgos o prejuicios que se pudieran presentar, el entrenamiento del terapeuta incluía instrucciones específicas a respetar por los protocolos de intervención descritos arriba y evitar cualquier interacción verbal con la paciente o sus familiares, que pudiera inducir espuriamente a cambios de conducta.

Con el fin de tener un registro de la información derivada de los procedimientos clínicos aplicados a las pacientes durante cada sesión se elaboró una Bitácora Clínica (*véase anexo 6*). Esta describe en un inicio datos de la paciente, nombre del terapeuta, fecha, número de sesión, el registro textual de la detección de cogniciones sesgadas así como su reestructuración correspondiente, el registro de reacciones emocionales y el tipo de entrenamiento en regulación emocional. De la misma manera se registran las tareas e interactivas en apoyo al tratamiento antes descritas, metas u objetivos para la siguiente sesión y un espacio libre para comentarios clínicos y sugerencias para el tratamiento.

## RESULTADOS

Se analizaron los resultados globales de los inventarios, obteniéndose puntuaciones totales de cada área. Con objeto de realizar un análisis adicional mediante el uso de la lógica de comparación entre medias, se aplicó la prueba de Friedman sobre las medias de rangos (Pardo & Ruíz, 1998) de las condiciones: pre-test, post-test, seguimiento 1 y seguimiento 2. El valor Friedman de chi-cuadrada osciló entre 10.76 y 59.24 con una probabilidad asociada de entre .013 y .001, las áreas negativas que mide el inventario se redujeron consistentemente de la pre prueba al seguimiento 2. Excepto en el caso de “relación con el médico” ( $\chi^2= 7.6, p=0.054$ ) la mejoría refleja cambios consistentes en las medias.

Posteriormente se realizaron análisis estadísticos calculando la significancia de los cambios mediante las pruebas t y Wilcoxon (véase la tabla 2).

Tabla 2

### Prueba t de Muestras Relacionadas y Wilcoxon.

	Diferencia entre Medias	t	p	Z	p
CV Preocupaciones pre-seg2.	4.967	7.434	≤.001**	-5.679	≤.001**
CV Desempeño Físico pre-seg2.	-2.050	-3.292	.002**	-3.254	.001**
CV Aislamiento pre-seg2.	2.633	4.326	≤.001**	-4.629	≤.001**
CV Percepción Corporal pre-seg2.	2.450	3.793	≤.001**	-3.643	≤.001**
CV Funciones Cognitivas pre-seg2.	2.683	4.102	≤.001**	-3.753	≤.001**
CV Actitud ante Tratamiento pre-seg2.	2.500	4.788	≤.001**	-4.425	≤.001**
CV Tiempo Libre pre-seg2.	3.650	5.676	≤.001**	-4.773	≤.001**
CV Vida Cotidiana pre-seg2.	3.517	5.330	≤.001**	-4.826	≤.001**
CV Familia pre-seg2.	-.950	-1.926	.059 NS	-1.965	.049*
CV Redes Sociales pre-seg2.	-2.150	-3.882	≤.001**	-3.574	≤.001**
CV Dependencia Médica pre-seg2.	2.400	2.967	.004**	-2.905	.004**
CV Relación con Médico pre-seg2.	-.433	-.779	.439 NS	-.661	.508 NS

\*\*= $p < .01$ , \*= $p < .05$ , NS= No Significativa.

Para estimar la naturaleza de la distribución se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el grupo a cada una de las áreas del inventario. En virtud de que 18 de 48 distribuciones no cubrieron el supuesto de normalidad se aplicó el estadístico de Wilcoxon para estimar diferencias ya que se trata de una herramienta especialmente apropiada para medir cambios antes y después de grupos en los que cada participante funciona como su propio control, incluyendo la dirección y magnitud del cambio (Siegel & Castellan, 1995).

Para identificar y graficar el cambio clínico por paciente se computó el porcentaje de cambio como la diferencia entre las puntuaciones del seguimiento 2 menos las del pre test. A continuación se muestran las figuras:

La figura 1 muestra los puntajes de cambio en la Reducción de Preocupaciones de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Dos pacientes mostraron la mayor ganancia al ubicarse con un porcentaje mayor al 75%, 9 pacientes se encuentran en el 50% o más de ganancias, 19 pacientes mostraron un 25% de ganancia o más y 21 pacientes obtuvieron ganancia entre el 1 y 4%. Finalmente, 9 pacientes empeoraron entre 5% y 25%.

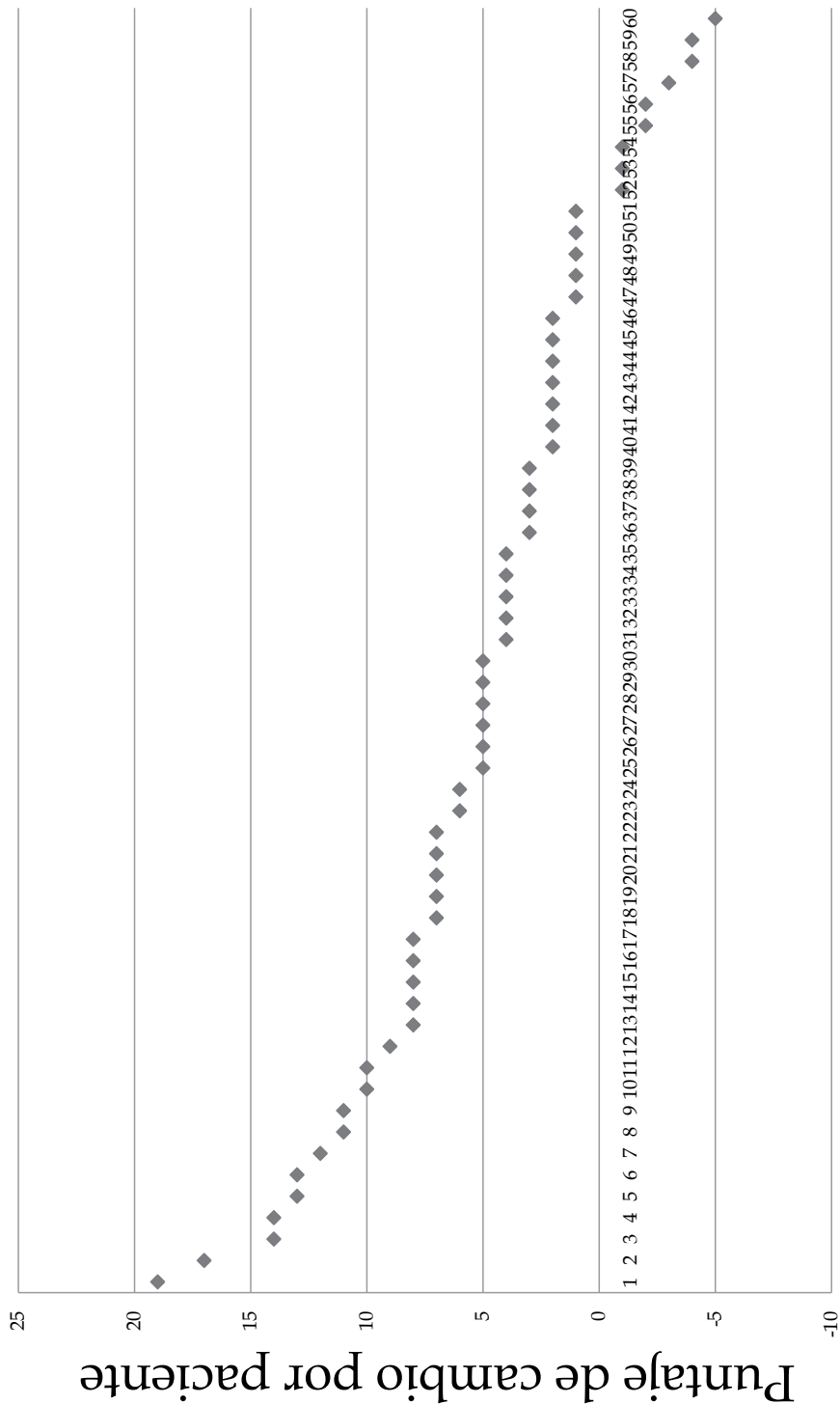
La figura 2 muestra los puntajes de cambio en el deterioro del Desempeño Físico de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Una paciente es la que mayor beneficio obtuvo al ubicarse en el 50% o más de ganancia, 3 pacientes se ubicaron con un porcentaje del 25% o más, 11 pacientes se ubicaron entre el 5% y el 20%, 5 pacientes no reportan cambios, 37 pacientes empeoraron con porcentajes entre el 5 y el 50% y 3 pacientes más empeoraron con un porcentaje del 65%.

La figura 3 muestra los puntajes de cambio en la Reducción del Aislamiento de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Cuatro pacientes se ubicaron entre el 50% y 100% de ganancia, 9 pacientes se ubicaron en el 25% o más, 23 pacientes describieron ganancias entre el 1% y el 24%, 14 pacientes no reportan cambio o ganancia y 10 pacientes empeoraron entre 1% y 30%.

La figura 4 muestra los puntajes de cambio en la Percepción Corporal de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Cinco pacientes se ubicaron entre el 50% y el 99% de la ganancia, 8 pacientes en el 25% o más, 23 pacientes se encontraron entre el 1% y el 24%, 10 pacientes no obtuvieron puntajes de ganancia o pérdida, 12 pacientes empeoraron hasta en un 25% y 2 pacientes más empeoraron dentro del 26% y 40%.



Fig. 1: Reducción de Preocupaciones.



# Puntaje de cambio por paciente

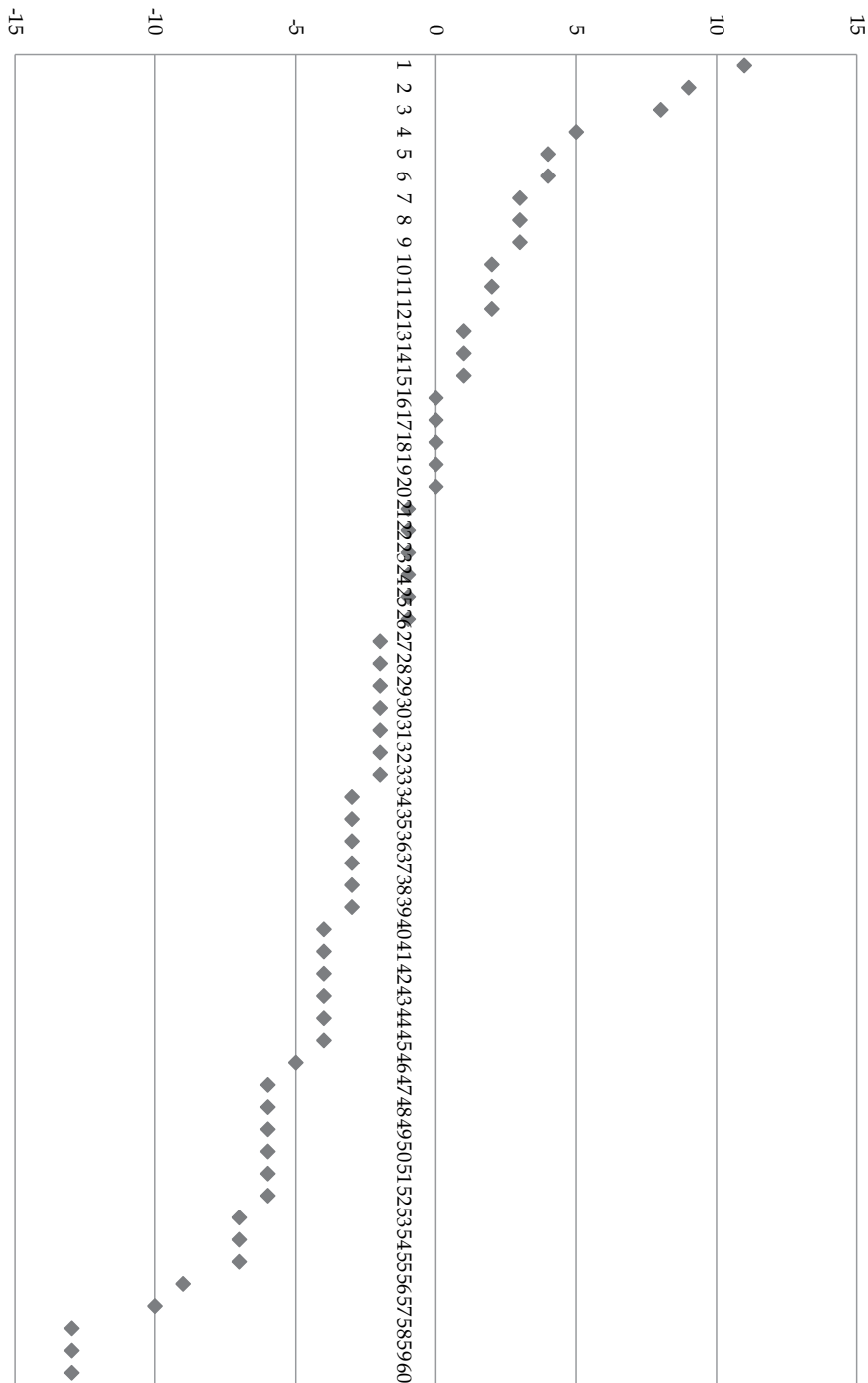
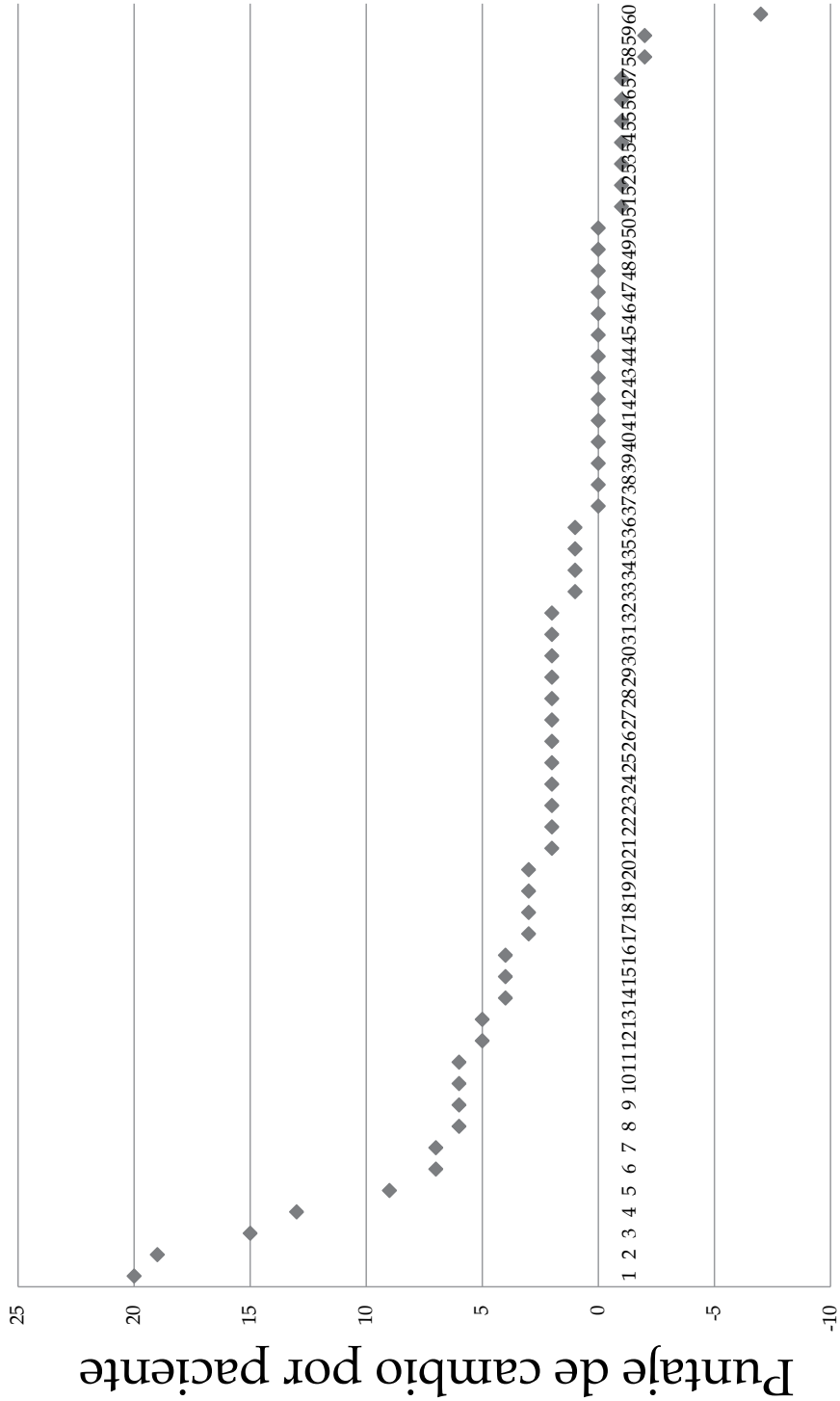


Fig. 2: Deterioro en el Desempeño Físico.

Fig. 3: Reducción del Aislamiento.



# Puntaje de cambio por paciente

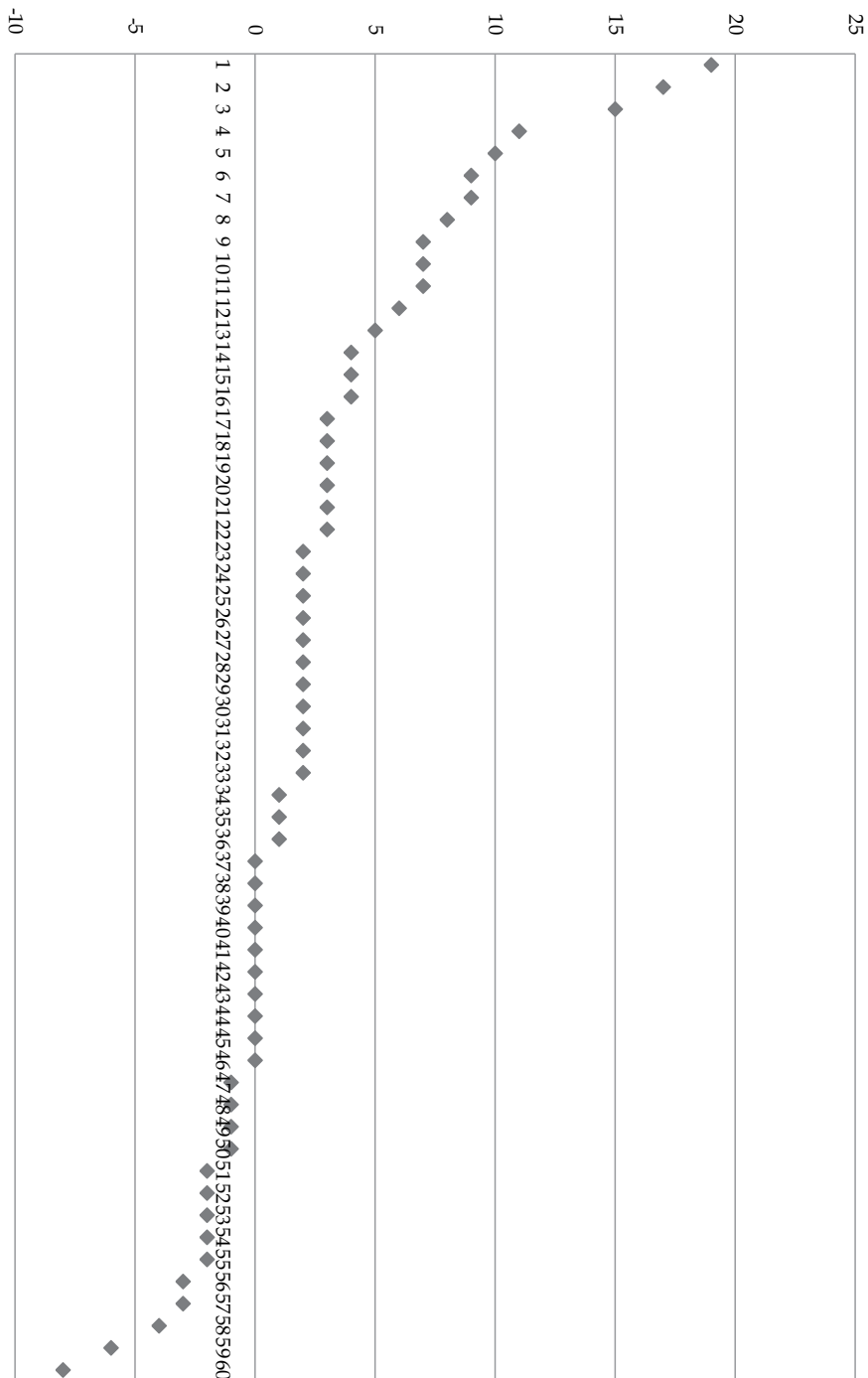


Fig. 4: Percepción Corporal.

La figura 5 muestra los puntajes de cambio en el Funcionamiento Cognitivo de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Cinco pacientes se ubicaron con el mayor porcentaje de ganancia de 50% o más, 15 pacientes con ganancia del 25% o más, 19 pacientes se beneficiaron con porcentajes superiores al 5% y menor a 25%, en 5 pacientes no hubo ganancia, 13 pacientes empeoraron entre el 5% y el 20% y 3 más empeoraron más del 25%.

La figura 6 muestra los puntajes de cambio en la Actitud ante el Tratamiento de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Dos pacientes se ubicaron con la mayor ganancia en el 75% o más, 2 pacientes se ubicaron en el 50% o más, 11 pacientes se ubicaron con un porcentaje de ganancia del 25% o más, 23 pacientes se ubicaron entre el 5% y el 20% de ganancia, 13 pacientes no mostraron beneficios y 9 pacientes empeoraron hasta en un 20%.

La figura 7 muestra los puntajes de cambio en el Aprovechamiento del Tiempo Libre de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Dos pacientes se ubicaron con el mayor porcentaje de ganancia con un 75% o más, 5 pacientes se encontraron en el 50% o más, 17 pacientes se ubicaron en el 25% o más, 17 pacientes se ubicaron entre el 5% y el 20% de ganancia, 10 pacientes no mostraron cambio, 8 pacientes empeoraron entre el 5% y 25% y 1 paciente más empeoró hasta en un 40%.

La figura 8 muestra los puntajes de cambio en el Funcionamiento de la Vida Cotidiana de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Tres pacientes se ubicaron con el mayor porcentaje de ganancias en el 75% o más, 4 pacientes se ubicaron con una ganancia del 50% o más, 12 pacientes con una ganancia del 25% o más, 25 pacientes se ubicaron en el 5% o más, 7 se mantuvieron sin cambios, 8 pacientes empeoraron en un porcentaje del 5% al 25% y 1 paciente empeoró más del 25%.

# Puntaje de cambio por paciente

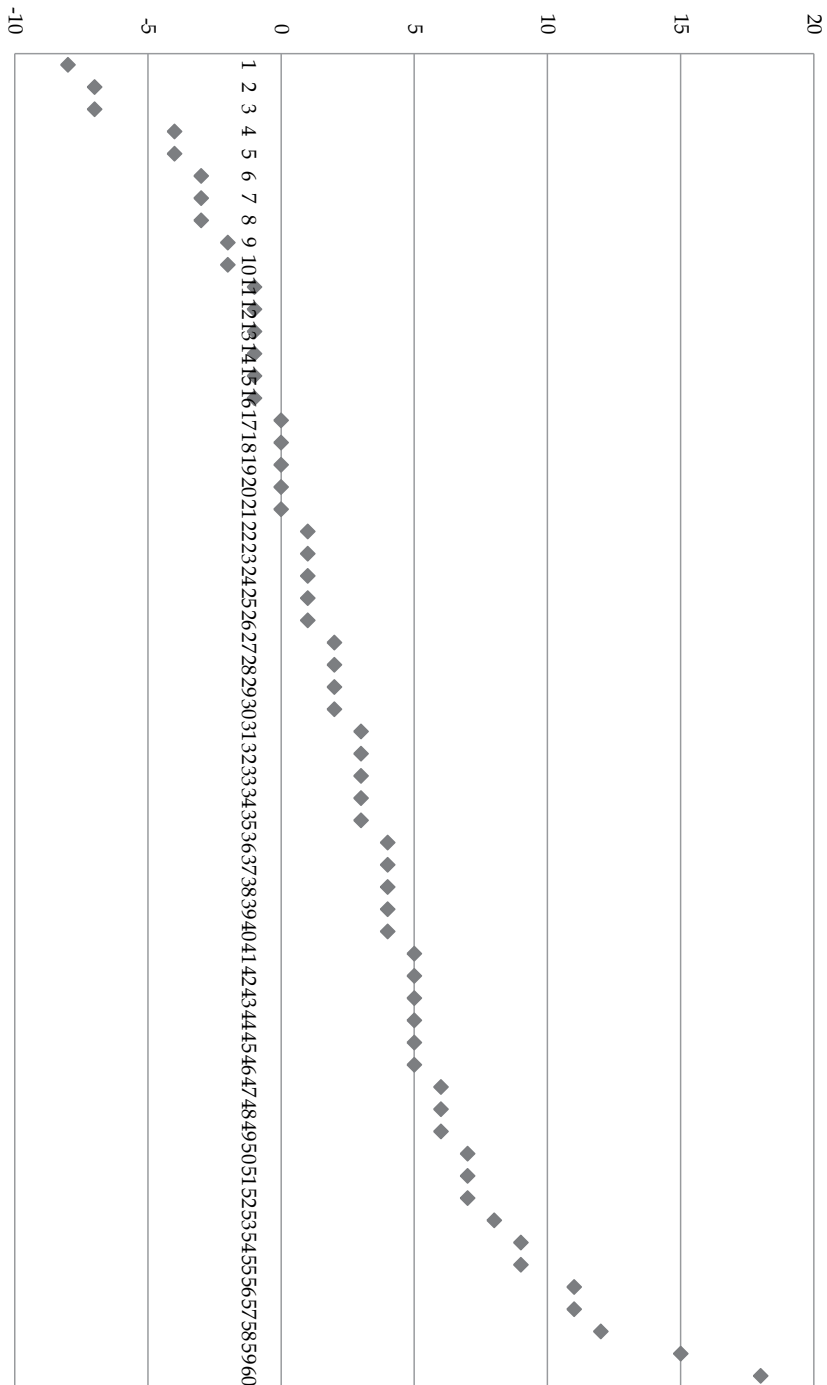
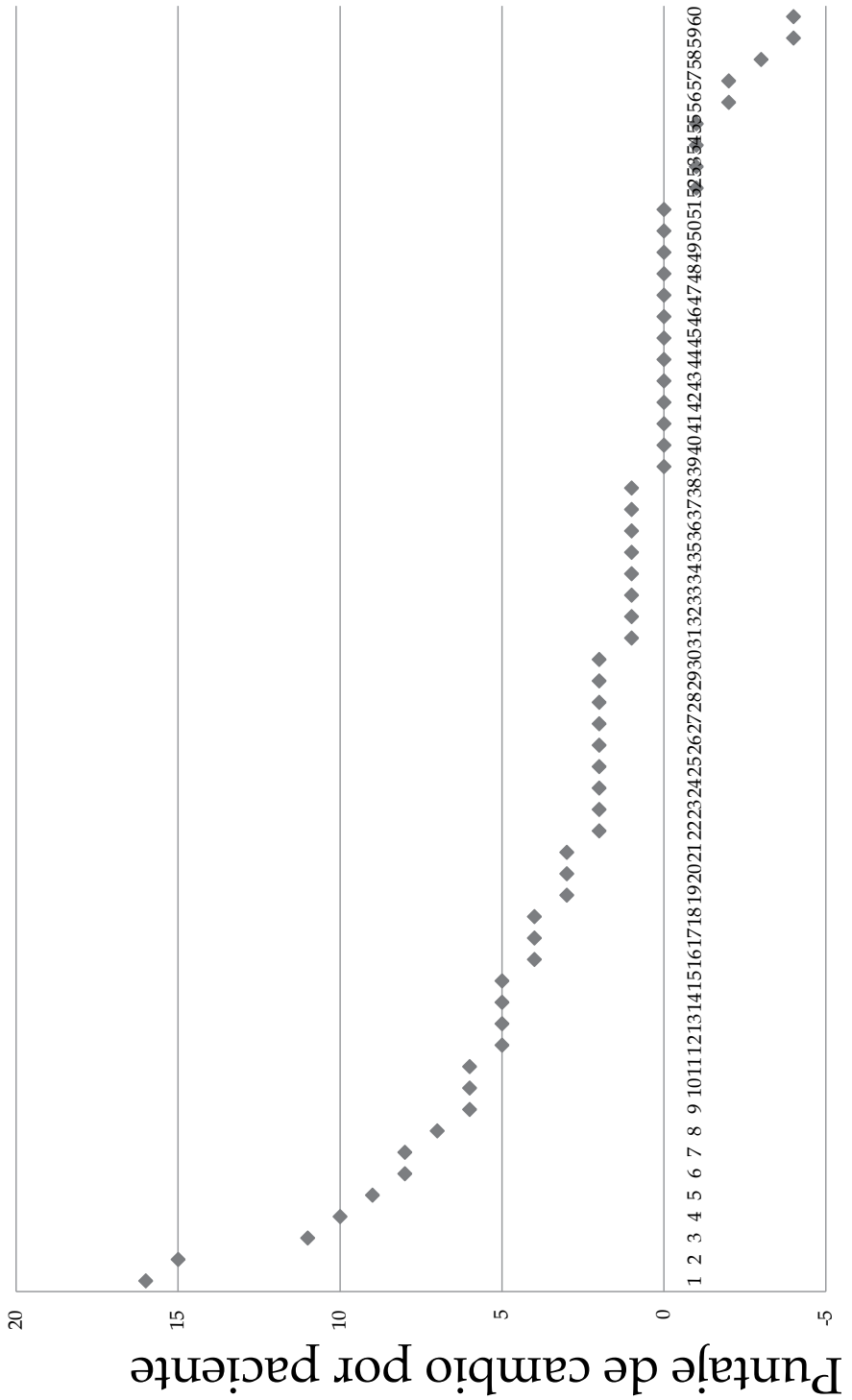


Fig. 5: Funcionamiento Cognitivo.

Fig. 6: Actitud ante el Tratamiento.



# Puntaje de cambio por paciente

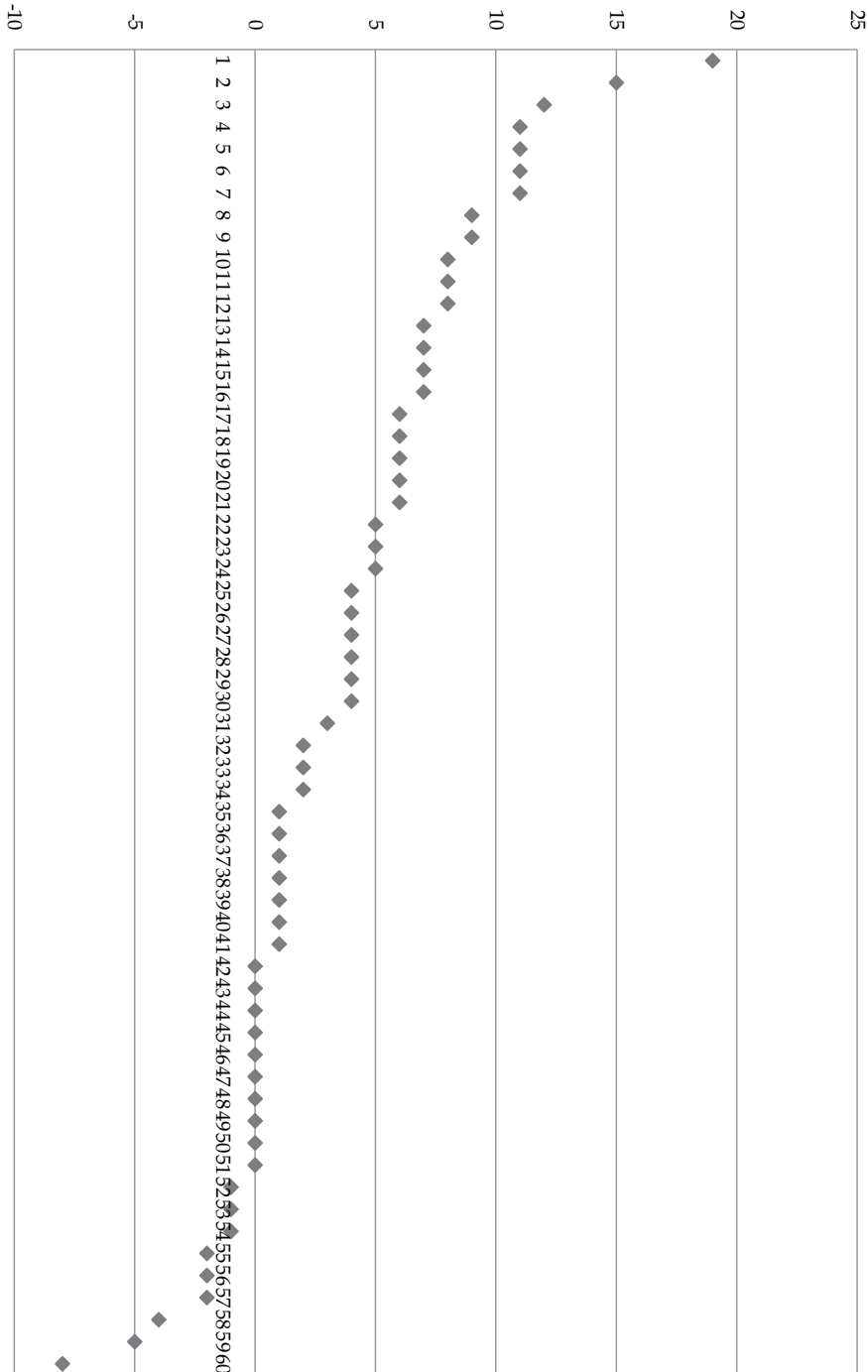
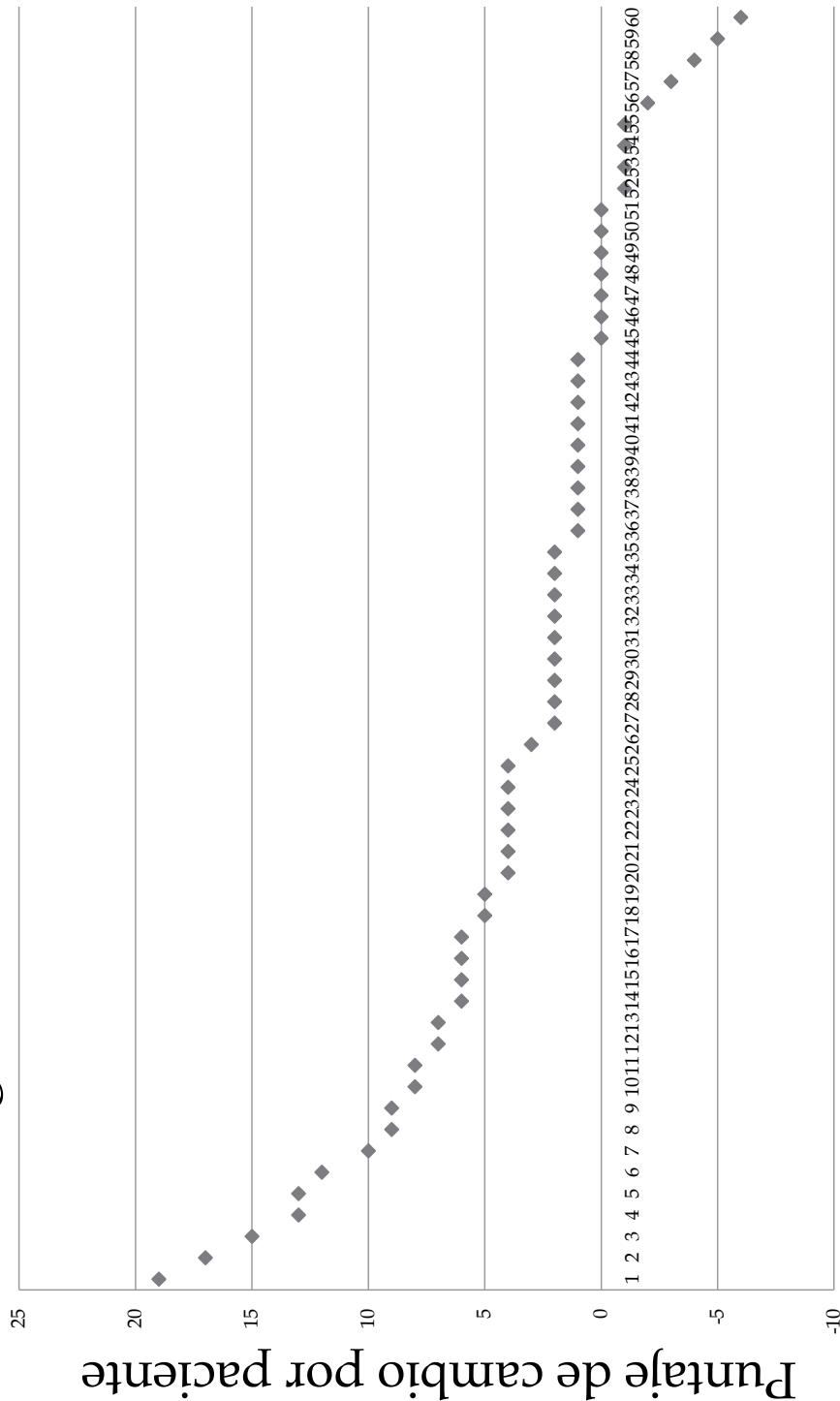


Fig. 7: Aprovechamiento del Tiempo Libre.



Fig. 8: Funcionamiento en Vida Cotidiana.



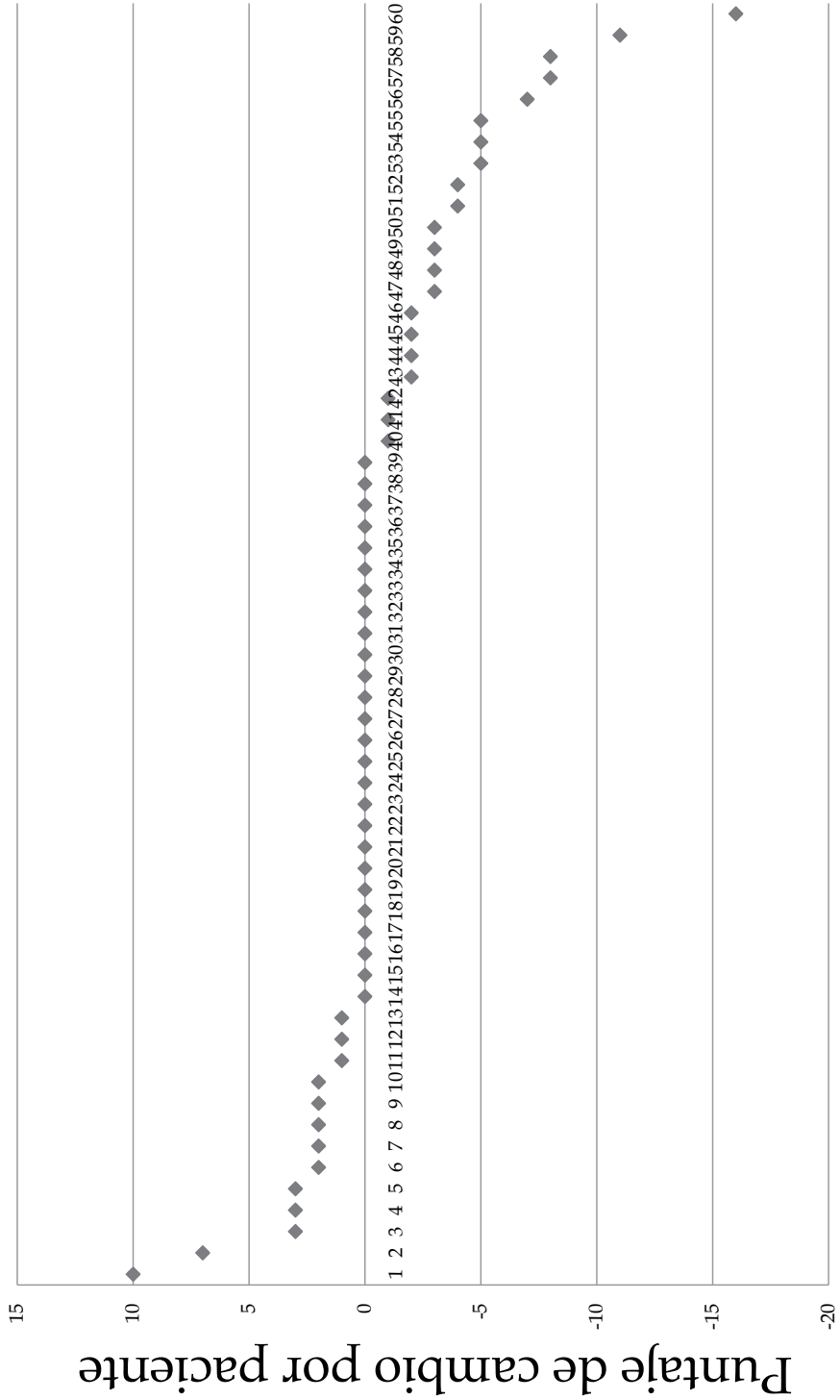
La figura 9 muestra los puntajes de cambio en el Apoyo Familiar de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Trece pacientes obtuvieron la mayor ganancia al ubicarse en porcentajes entre el 5% y 50%, 26 pacientes no reportaron cambios, 19 pacientes empeoraron con porcentajes entre el 5% y el 50% y 2 pacientes más empeoraron entre el 65% y el 80%.

La figura 10 muestra los puntajes de cambio en las Redes Sociales de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Catorce pacientes se ubicaron entre el 5% y el 35% como mayor ganancia, 24 se mantuvieron sin cambios y 22 pacientes más empeoraron hasta en un 45%.

La figura 11 muestra los puntajes de cambio en la Reducción a la Dependencia Médica de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Diez pacientes obtuvieron ganancias con un porcentaje del 50% o mayor, 12 pacientes se ubicaron con un porcentaje del 25% o más, 13 pacientes se ubicaron con porcentajes de ganancia entre el 5% y el 20%, 9 pacientes no mostraron cambios y 16 pacientes empeoraron en porcentajes de hasta el 60%.

La figura 12 muestra los puntajes de cambio en la Relación con el Médico de las pacientes del pre-test al segundo seguimiento. Veinticinco pacientes se ubicaron en porcentajes de hasta el 45% de ganancia, 7 pacientes más no mostraron cambio y 28 pacientes más se ubicaron con pérdidas de hasta el 50%.

Fig. 9: Apoyo Familiar.



# Puntaje de cambio por paciente

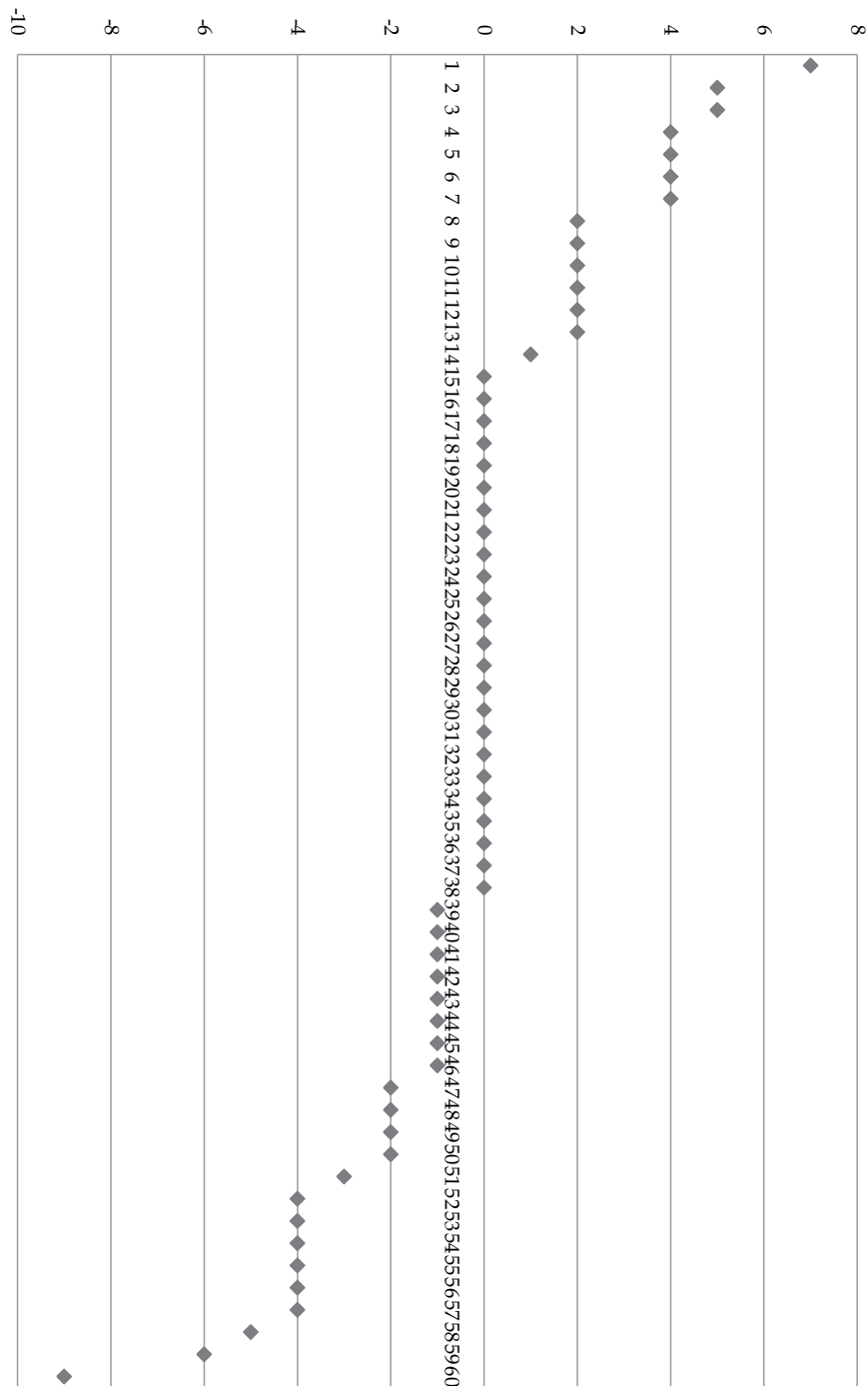
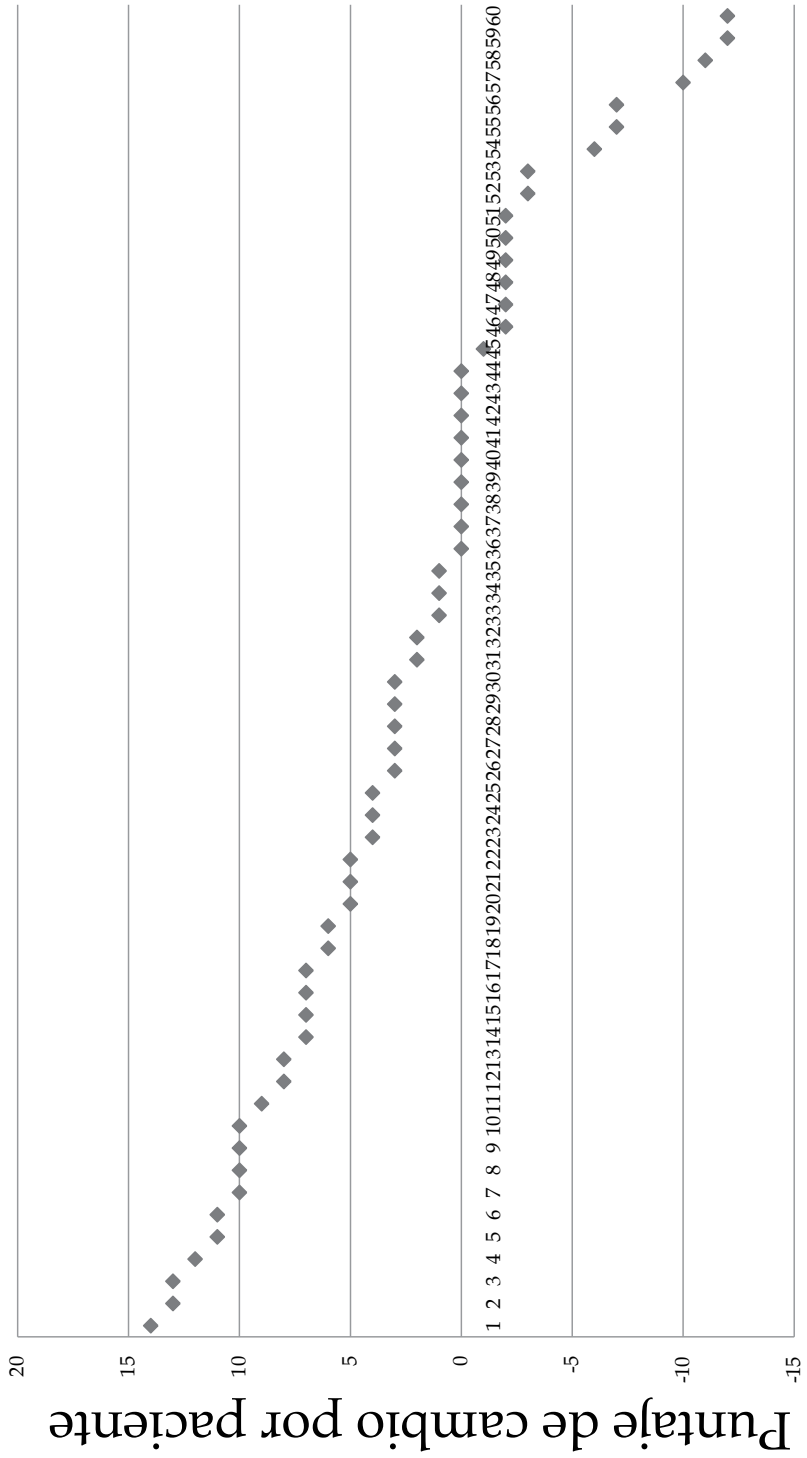


Fig. 10: Redes Sociales.

Fig. 11: Reducción de la Dependencia Médica.



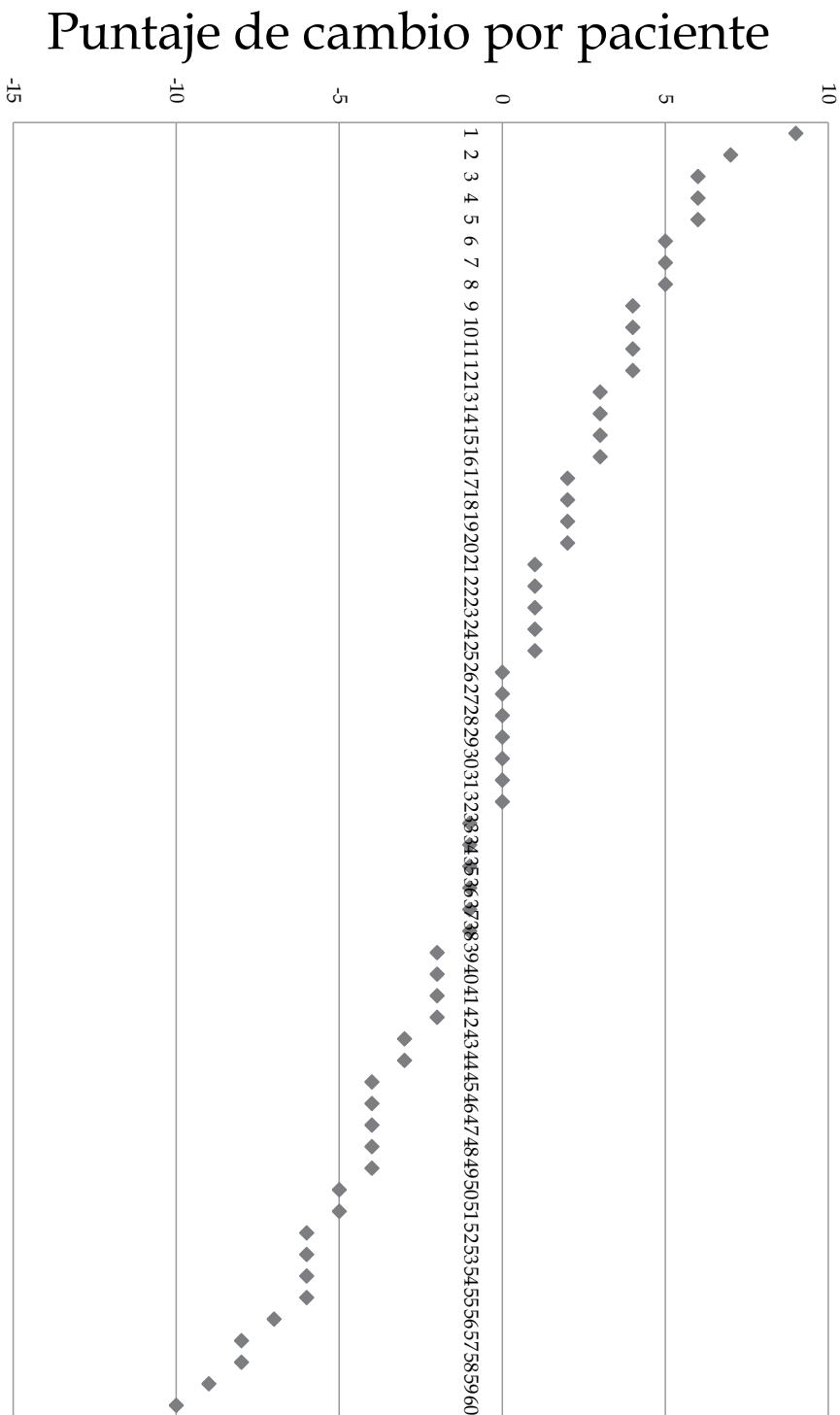


Fig. 12: Relación con el Médico.

## DISCUSIÓN

El propósito principal del presente estudio consistió en examinar los efectos de una intervención Cognitivo Conductual sobre la Calidad de Vida de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama.

Los resultados señalan que la gran mayoría de las pacientes mostraron cambios positivos estadística y clínicamente significativos. Como suele ocurrir en los estudios de carácter clínico hubo pacientes cuya mejoría fue muy importante, la mayoría mostró beneficios medianos y, en algunas dimensiones, el cambio fue negativo para un número pequeño de participantes.

De las doce áreas de las que se compone el InCaVisa la mejoría más importante se dio en Vida Cotidiana, Tiempo Libre, Preocupaciones, Percepción Corporal y Aislamiento. Es probable que esta mejoría haya surgido en buena parte del hecho de que la intervención psicológica busca precisamente dotar a la paciente de un repertorio cognitivo conductual, incrementado y funcional, que le permita afrontar de mejor forma las situaciones que se le presentan en función del padecimiento y de las dificultades típicas de un nivel socioeconómico relativamente bajo. En el caso de las pacientes con cáncer de mama se trata de mantener un funcionamiento con las menores contrariedades posibles, sin mucho tiempo libre desperdiciado que, quizá genera demasiada atención a síntomas y molestias del tratamiento mismo.

También se busca que, a pesar de los cambios emocionales y cognitivos ocasionados por el diagnóstico y el tratamiento las rutinas cotidianas se perciban como reflejo de estabilidad y relativa satisfacción.

El uso satisfactorio del Tiempo Libre también mostró mejoría notoria. Es probable que la percepción de la paciente en relación a que las dificultades que enfrenta no obstaculicen seriamente sus actividades recreativas. Parte de la intervención de tipo cognitivo incluía el señalamiento de que mientras más se llevara una vida normal, menos daños se notarían debido a la enfermedad. Los terapeutas, en efecto, hacían énfasis en conservar esas actividades tradicionales incluyendo asistir a reuniones familiares o con amistades, visitas a sitios públicos como cines, teatros, instalaciones de actividades deportivas, restaurantes etc. Al respecto de sus preocupaciones se les informaba que el estrés generado en una preocupación podría llegar a ser perjudicial a la salud y que era en estas situaciones donde le convenía aplicar las estrategias aprendidas a lo largo del tratamiento. También es de resaltarse que la intervención incluía ayudar a la paciente a planear la solución de problemas y a dar seguimiento a las estrategias puestas en marcha para hacerlo quizá reduciendo indirectamente otras de sus preocupaciones.

Algunas de las preocupaciones que refieren las pacientes en relación a las personas que les rodean incluyen la incomodidad que pudieran sentir en términos económicos, de un exagerado acogimiento por parte de cuidadores primarios, que dicho apoyo se convirtiera en una carga, de desgaste físico o emocional o de simple incomodidad por el hecho de estar enferma. La percepción corporal también mostró mejorías importantes y está íntimamente ligada a la percepción que la paciente tiene de su estado físico y a la satisfacción que puede sentir al respecto de él. En particular se consideraría la parte sensual que muy generalmente se ve afectada en esta condición ya que, como se ha mencionado la mama es un órgano muy ligado a la sensualidad y sexualidad de la mujer.



Hubo áreas que mostraron ganancias un tanto más modestas tales como las relativas a la Relación con el Médico, Redes Sociales, Familia y Desempeño Físico.

En el caso de la relación con el cuerpo médico es probable que se estén reflejando no tanto déficits serios en habilidades interpersonales por parte de la paciente sino formas peculiares de interacción (quizá conformadas institucionalmente) con algunos de sus interlocutores. Se entrenó específicamente a las pacientes a afrontar situaciones difíciles con su especialista, con el encargado de área, con las enfermeras etc. De hecho las notas clínicas derivadas de las bitácoras terapéuticas sugieren que dichas relaciones sí mejoraron con otros miembros del personal aunque un tanto menos con el médico. Es muy probable que sea precisamente el cuerpo médico el que carezca de entrenamiento específico (o motivación) en esta área. Este es un hallazgo importante en relación a que los instrumentos existentes de la Calidad de Vida no toman en cuenta.

Aunque las Redes Sociales se mantienen en gran parte hay una ganancia modesta probablemente debido a que no es fácil para las pacientes salir a convivir con sus amistades debido a los cambios en el aspecto personal determinados por el padecimiento y su tratamiento. De hecho, la mayoría reportaba una preferencia por pasar la situación de enfermedad sólo con su familia inmediata por su cercanía natural.

Con amistades preferían mantener otro tipo de contactos tales como telefónico, vía internet o con visitas sólo ocasionales. Hubo casos de pacientes que aún después del tratamiento cognitivo conductual decidieron no hacerle saber a toda su gente que estaban enfermas ya que deseaban dar “la sorpresa de éxito en el tratamiento”.

En el caso de la familia, se nota un mantenimiento positivo del apoyo familiar, aunque con poca ganancia probablemente debido a un efecto de “techo” dado que en la gran mayoría de los casos había buen apoyo por parte de la familia y de los cuidadores primarios. Algunas pacientes refirieron haber experimentado una especie de pérdida en el sentido de referir haberse “hartado” del manejo de sus familiares ante la situación, tenían que venirse a la ciudad de sus lugares de origen a tratar y por tanto abandonar a gran parte de su familia o en otros casos preferían afrontar la situación solas.

Es evidente que el área de Desempeño Físico se ve con poca mejoría y esto se debe seguramente a los efectos colaterales ya mencionados, era muy difícil mantener una actividad física con las pacientes ya que si había ganancia de mejoría física, ésta se veía mermada por la aplicación de quimioterapias, radiaciones o tratamientos paliativos. Cabe destacar que la gran mayoría de las pacientes en estos casos, sí mantuvo una actitud positiva a pesar de las circunstancias.

Es de destacarse que elementos tales como la reestructuración cognitiva pueden haber sido responsables por una buena parte de las ganancias en la forma de afrontar las problemáticas de las pacientes. Inicialmente la mayoría de las pacientes referían pensamientos irracionales tales como que, el hecho de estar enfermas se debía a estar pagando errores cometidos en el pasado, por castigo divino, por haber sido malas personas, por ser iracundas, etc. Normalmente estas ideas generaban ansiedad o sintomatología depresiva. Un componente central del propósito de la intervención era precisamente modificar este tipo de pensamientos y reemplazarlos por pensamientos más positivos o benéficos para sobrellevar su situación e involucrarse en su auto-cuidado.

En cuanto a la regulación emocional de las pacientes, la relajación muscular progresiva profunda parece haber sido uno de los componentes más provechosos en virtud de que parece haberlas dotado de mayor estabilidad emocional, incluyendo sus componentes psico-fisiológicos al afrontar situaciones estresantes. Entre otras fuentes de estrés intenso o sostenido las pacientes destacaron: la náusea provocada por la quimioterapia, el dolor e incomodidad de los estados post-quirúrgicos, la adaptación al ambiente hospitalario con su ritmo acelerado, situaciones médicas o familiares estresantes, el tiempo en el transporte público o privado al hospital, etc. Las pacientes por lo general referían sentirse más tranquilas, incluso físicamente, para continuar su vida con mayor ánimo y tranquilidad.

Los hallazgos del presente estudio amplían los de la literatura internacional, en el sentido de que las intervenciones de corte cognitivo-conductual resultan eficaces para mejorar diversos aspectos psicológicos que a su vez resultan componentes de la dimensión denominada Calidad de Vida.

Una adición interesante del presente estudio consiste, en contraste con la literatura internacional, en las características sociodemográficas de las participantes del estudio. No disponían de algunas destrezas que suelen considerarse como indispensables para que una intervención clínica tenga la posibilidad de generar cambios en conducta, cognición y reacciones emocionales.

Una proporción importante de participantes parecía mostrar lo que se conoce como analfabetismo funcional, es decir, que si bien pueden leer correctamente en voz alta un texto, su comprensión de lectura es mínima.

Una pregunta de investigación importante a futuro consistiría en explorar si dichos déficits oscilan sistemáticamente con cada una de las medidas (áreas) de la Calidad de vida.

En sentido clínico, una mayoría importante de pacientes con cáncer de mama suele referir el deseo de saber siempre la realidad de su situación y ya se ha señalado que se trata de una condición importante para el abordaje clínico (Beck, 1976). El clínico requiere prepararse para el manejo de la información pues un comentario frecuente de las pacientes al final del tratamiento médico y psicológico es que, al hacer una evaluación general y final del tratamiento, creyó en un inicio que sería mucho peor y que influyó mucho la especulación que hizo respecto al sufrimiento y dolor. Como sugiere la presente investigación, la paciente es capaz de adaptarse a la enfermedad y llevar una vida lo menos afectada por la enfermedad. Este constituye otro hallazgo de corte clínico sobre áreas psicológicas importantes escasas en estudios anteriores.

Será importante, para estudios futuros ampliar el número de participantes para mejorar la confiabilidad de los resultados y disponer de un estudio metodológicamente más sólido. También sería conveniente explorar la correlación de los resultados del instrumento y el tipo de tratamiento médico-oncológico que llevó la paciente. Sería de suma relevancia estudiar los tipos de afrontamiento utilizados por estas pacientes. Otra sugerencia consiste en optimizar la entrevista de primera vez, con información adicional surgida de la presente experiencia a fin de establecer módulos de la intervención psicológica a cada necesidad primaria de la paciente, ampliar apropiadamente la intervención a familiares, amigos y cuidadores primarios, incluir sesiones medico-psicológicas con el personal a cargo y actualizar periódicamente la información y avances de la paciente.

Finalmente, también sería conveniente la presencia del psicólogo en el momento del diagnóstico a fin de ofrecer, en caso necesario, una intervención de contención.

De la misma manera será de relevancia ampliar el tipo de integrantes del equipo de salud involucrado, estableciendo una participación con dietistas que apoyen durante el tratamiento, e incorporarlo como componente vitalicio de la salud de la paciente; acondicionadores físicos que le permitan tener mejor desempeño físico y fisioterapeutas que les apoyen en la rehabilitación post operatoria.

De sumo interés será el ampliar el estudio con nuevas líneas de investigación dirigidas a sistemas de autorregulación, utilizando sistemas de bio-retroalimentación, así como ampliar el tratamiento a poblaciones oncológicas diferentes como las de cáncer de cuello y útero.

Para aquellos casos de las pacientes que no consiguieron mayor beneficio se recomendaría identificar aquellos componentes donde la paciente no está respondiendo adecuadamente, y hacer énfasis sobre las desventajas que produce un estado de ánimo desadaptativo ante la enfermedad.

También ayudaría, en sentido clínico hacer un seguimiento telefónico más específico, mayor contacto con los cuidadores primarios y familiares, complementar con bibliografía que aumente su información acerca del cáncer de mama y de los factores psicológicos que intervienen. También convendrá ubicar las necesidades primarias de las pacientes y vincularla con hallazgos de investigación recientes tanto a ella como a sus seres cercanos. Hace falta revisar aquellos elementos en los que la paciente muestra poca mejoría y retomarlos

de distinta forma así como mejorar la comunicación con todo el cuerpo médico y administrativo que rodea el tratamiento de la paciente. La explicación en sesiones breves al personal médico ayudaría o podría aportar mucho al tratamiento tanto médico como psicológico.

Aunque es difícil estimar los beneficios económicos que estos cambios pueden generar en el sector salud, estos son cambios que se deben considerar como parte de un tratamiento integral del paciente con cáncer de mama sin que se considere la atención psicológica como un elemento de lujo exclusivo para pacientes con mayor holgura socioeconómica.

## REFERENCIAS

- Acosta, C. (2003). Tratamiento cognitivo conductual en el manejo del dolor por cáncer. *Presentación en poster en el Congreso de la Asociación Mexicana para el estudio del dolor*, Oaxaca. México.
- Albrecht, G.L. & Fitzpatrick, R.A. (1994). A sociological perspective on health-related Quality of life research. En G.L. Albrecht & R. Fitzpatrick (Eds.). *Advances in Medical Sociology. Quality of Life in Health Care*, 5, 1-21.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. M. (1995). La versión española del "SF-36 Health Survey ":un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Álvarez, G.A. (2003). Propuesta de un manual para padres de niños con cáncer. *Tesis de licenciatura*. Universidad Intercontinental.
- Amayra, I., Etxeberria, A. & Valdosedá, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto en Bilbao*, 98, 10-15.
- Amayra, I. (1994). Calidad de vida y quimioterapia del cáncer de mama. Bilbao: *Universidad de Deusto*.
- American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Manual* (2002). 6th ed. New York, NY: Springer, 171-180.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.

- Bennett, L.M., Montgomery, J.L., Steinberg, S.M. & Kulp, K.S. (2004). Flor-Essence herbal tonic does not inhibit mammary tumor development in Sprague Dawley rats *Breast Cancer Research and Treatment*, (88) 87-93.
- Bower, J. E. & Segerstrom, S.C. (2004). Stress management, finding benefit, and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1) 9-11.
- Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33-57.
- 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*. Dec; Vol. 6 (4), 523-35.
- Burns, D.D. (1999). *Feeling good: The New Mood Therapy* (re ved); Avon.
- Carrobles, J.A. (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones. En J.A. Carrobles (Ed.), *Análisis y Modificación de conducta II*, 77-108. Madrid: UNED.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434-437.



- Cole, B. & Pargament, K. (1999). Re-creating your life: a spiritual / psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 395-407.
- Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Mattes, M.L., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F. & Roman, S.L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British journal of cancer*, 97(12), 1625-31.
- Cramer, J. A. & Spilker, B. (1998). *Quality of life pharmacoeconomics An introduction*, 1-48. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. In: E. C. Chang, T. J. D'Zurilla & L. J. Sanna (Eds). *Social problem solving: theory, research, and training*. (pp. 11-27). Washington, DC: American Psychological Association.
- D'Zurilla, T.S. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 117-126
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M. & Carnicke C. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- De Trill, M. (2003). *Psicooncología*. Madrid: Ades. En [Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 194 - 97].
- Díaz-Rubio, E., García-Conde, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Ediciones Arán, S.A.

- Donovan, K.A., Small, B.J., Andrykowski, M.A., Munster, P. & Jacobsen, P. B. (2007). Utility of a cognitive-behavioral model to predict fatigue following breast cancer treatment. *Health Psychology, 26*(4), 464-472.
- Dunn, J. & Steginga, S.K. (2000). Young women's experience of breast cancer: Defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology, 9*, 137-146.
- Ellis, A.(1980). Rational emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy & Research, 4*, 325-340.
- Fahrion, S.L. & Norris, P.A. (1990). Self-regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic, 54*(2), 217-231.
- Falleti, M.G., Sanfilippo, A., Maruff, P., Weih, L. & Phillips, K. A. (2005). The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: A meta-analysis of the current literature. *Brain and Cognition, 59*(1), 60-70.
- Fawzy, F., Fawzy, N. W., Arnd, L.A. & Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry, 52* (2), 100-113.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P. & Parkin, D.M. (2004). GLOBOCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence. Worldwide IARC CancerBase No. 5. version 2.0, Lyon, *IARC Press*.

- Fernández-Ballesteros, R. (1997) Quality of life: Concept and assessment. En J. G. Adair, D. Belanger & K. L. Dion (Eds.). *Advances in Psychological Science. Social, Personal and Cultural Aspects 1*, 387-406. Montreal: *Psychological Press*.
- Fernández, J. A., Rancaño, I. & Hernández, R. (1999). Psychometric properties of the spanish version of the cuestionaire PLC-PE CVEC for life quality profile in the chronically ill. *Psicothema*, 11(2), 293-303.
- Fertig, D.L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis and treatment. *The breast journal*, 3, 392-302.
- Font-Guiteras, A. (2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En Pérez, M. Fernández, J. Amigo, I (Eds.) *Guía de tratamientos Psicológicos eficaces II*, 57-86. Madrid Ediciones pirámide.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67, 320-331
- Glanz, K. & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: a critical review. *Fox Chase Cancer Center and Temple University*.
- Goldfried, M.R. & Goldfried, A.P. (1987). Métodos de cambio cognitivo. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia: Un manual de métodos*, 123-165. Bilbao: *Desclée de Brouwer*.

- Gómez-Sancho, M. (1999). La atención a la familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, 68, 1077-1093, Editorial ERÄN, España.
- González-Puente, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic Assessment of quality of life in HIV- positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(3), 519-528.
- Greenberg, D.B. (1998). Radiotherapy. En J.C, Holland J.H. Rowland (Eds.) *Handbook of Psychology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Gux, P. (1988). *Psicologia e cancro. Un approccio globale al malato e alla sua famiglia*. 1ªed. Milán Italia: Franco Angeli.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Iacovino, V., Reesor, K.(1997) Literature on interventions to address cancer patients` psychological needs: what does it tell us?. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 47-71.
- Instituto Nacional de Cancerología (InCan) *Infocancer* (2009). Recuperado el 29 de Noviembre del 2009 de:  
<http://www.infocancer.org.mx/que-es-el-cancer-de-mama>

- Kanter, J.W., Landes, S.J., Busch, A.M., Rusch, L.C., Brown, K.R. & Baruch, D.E. (2006). The Effect of Contingent Reinforcement on Target Variables in Outpatient Psychotherapy for Depression: A Successful and Unsuccessful Case Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 463-467.
- Kazdin, A.E. (1974). Self-monitoring and behavior change. En M.J. Mahoney y C.E. Thoresen (Eds.), *Self-control: Power to the Person*. Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G.C., Seddon, A., Keks, N. (1997) Cognitive-existencial group therapy for patients with primary breast cancer: techniques and themes *Psychologi-Oncology*, (6) 25-33.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C.R. & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213-229.
- Kumar, N.B. (2001). Weight Gain in Breast Cancer Patients on Chemotherapy: Exploring Hormonal, Body Composition and Behavior Mechanisms. Research Report: *U.S. Army Medical Research and Materiel Command*. Maryland, Fort Detrick 2, 1702-5012.
- Lehrer, P.M. (1996). Varieties of relaxation methods and their unique effects. *International Journal of Stress Management*, 3(1), 1-15.

- Loscalzo, M. & Brintzenhofeszco, K. (1998). Brief crisis counseling. En Holland, J. C. (Ed). *Psycho-Oncology*, 662-675. New York Oxford University Press.
- Maguire, P. (2000). Managing Psychological morbidity in cancer patients. *European journal of cancer*, 36, 556-558.
- Mahoney, M.J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive Therapy & Research*, 1, 5-16.
- Mahoney, M.J. & Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.J. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley.
- Massie, M.C. & Holland, J.C. (1990) Depression and the cancer patient. *Journal of clinical Psychiatry*, 51, 12-17.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. & Foreman. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236.
- McDaniel, J., Musselman, D.L., Porter, M.R., Reed, A. & Nemeroff, Ch.B. (1995). Depression in Patients with Cancer: Diagnosis, Biology, and Treatment [News and Views]. *Arch Gen Psychiatry*, 5, 89-99.
- McHorney, C. A. & Tarlov, A. R. (1995). Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 4, 293-307.

- McQuellon, R. P., Wells, M., Hoffman, S., Craven, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G., et al., (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology*, 7, 207-217.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H. & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jarenko (Eds.), Nueva York: Plenum Press. *Stress reduction and prevention*.
- Méndez, F.X., Olivares, J. & Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares, J & Méndez, F.X. (Eds.), Madrid: Biblioteca Nueva. *Técnicas de modificación de conducta*, 409-442.
- Mishel, M.H., Germino, B. B., Gil, K.M., Belyea, M., Carlton-Laney, I., Stewart, J., Porter, L. & Clayton, M. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for african-american and caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 14(11), 962-978.
- Moorey S, Greer S.(1989) Psychological therapy for patients with cancer: a new approach.1a. ed.. Oxford: *Heinemann Medical Books*.
- Moreno, B & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo & C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología Clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores.

Morrow, G., Lindke, J. & Black, P.M. (1991). Anticipatory nausea development in cancer patients: replications and extension of a learning model. *British Journal of Psychology*, 82, 61-72.

National Cancer Institute. U.S.A. (2009). *Información general sobre el cáncer de mama*. Recuperado el 29 de Noviembre del 2009 de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/linfedema>

Nezu, C.M., Palmatier, A.D. & Nezu, A.M. (2004) Problem-Solving Therapy for Caregivers. In E. C. Chang, T. J. D’Zurilla, L. J. Sanna & J. Lawrence (Eds.) *Social problem solving: Theory, research, and training*, (pp. 223-238). Washington, DC: American Psychological Association.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1999). *Declaración de Medellín “Mejor calidad de vida para los habitantes de las Américas en el siglo XXI”*. III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables, del 8 al 12 de Marzo, Medellín, Colombia. Recuperado el 20 de Agosto del 2007 de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/DeclarMedellinSpa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. (2000). Análisis de situación de salud en las Américas, 1999-2000. *Boletín Epidemiológico*, 21(4). En: [http://www.paho.org/Spanish/SHAb\\_e\\_v21n4-editorial.htm](http://www.paho.org/Spanish/SHAb_e_v21n4-editorial.htm)

Owen, J.E., Klapow, J.C., Roth, D.L., Shuster, J.L., Bellis, J., Meredith, R. & Tucker, D.C. (2005). Randomized pilot of a self-guided internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Annals of Behavior Medicine*, 30(1), 54-64.



- Pardo, M., Ruiz, (1998). D. SPSS11. *Guía para el análisis de datos*. Mc Graw Hill, México.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H. & Morin, C.M. (2003). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Women Treated for Nonmetastatic Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 189-200.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual, en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Sep./vol. 5, número 003. Asociación Española de Psicología Conductual, 445.462.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. & Del Águila M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México, Manual Moderno.
- Safren, S.A., Otto, M.W. & Worth, J.L. (1999). Life-Steps: Applying Cognitive Behavioral Therapy to HIV Medication Adherence. *Cognitive and Behavioral practice*, 6, 332-341.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Worth, J.L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. & Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-1162.
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A.I. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: *Meta-análisis de la literatura Española*. *Psicothema*, Vol. 11, (3) 641-654.

- Sánchez-Sosa, J.J. (2002a). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Mexican Journal of Psychology, Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J. & Alvarado, A.S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 34(2), 313-331.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Celis, A.L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V.E. Caballo (Dir.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, (pp. 473-492). Madrid: Psicología Pirámide.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Secretaría de Salud (2003) RHNM. *Compendio Mortalidad/Morbilidad* CD.
- Sellick, S.M. & Croocks, D.L.(1999). Depression and cancer: An appraisal of the literature of detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Onchology*, 8, 315-333.
- Siegel, S. & Castellan, N.J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*, (4ª Ed.) México: Trillas.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del Psicólogo*, (3ª Ed.). México: Trillas.

- Spivack, G., Platt, J.J. & Shure, M.D. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Stevin, M.L, Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. & Gregory, W. M. (1998). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57(1), 109-112.
- Suinn, R.M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-511.
- Tamblay, A. & Bañados, B. (2004). Psicooncología del cáncer de mama. *Tesis de licenciatura*. Universidad de Chile.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). Psicología clínica (6ª. Ed., 373-404). México. Thompson. Van den Borne, H., Pruyn, J. & Van dern Heuvel, W. (1987). Effects of contacts between cáncer patients on their psychosocial problems. *Patient Education and Counseling*, 9, 33-51.
- Vandenbergh, L. (2008). Culture-sensitive functional analytic psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 31(1), 67-79.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Weisman, A.(1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *American Journal of the Medical Sciences*, 271, 187-196.
- Wells, K.B., Golding, J.M. & Burnam, M.A. (1998). Psychiatric disorder and limitations of the Los Angeles general population. *American Journal of Psychiatry*, 145, 712-717.

- Woodward, W.A., Strom, E.A. & Tucker, S.L., et al., (2003). American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival. *J Clin Oncol*, 21 (17), 3244-8.
- World Health Organization . WHO. (1946). International Health Conference. *Official Records of the World Health Organization*, 2, 100. En World Health Organization, Frequently asked questions. Recuperado el 20 de Julio del 2007 de:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- World Health Organization, WHO. (2002). *The world health Report 2002, reducing risks, promoting healthy life*, (pp. 81-92). Ginebra, Suiza, The author.
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, IARC (2008). *World Cancer Report 2008*. Edited by Peter Boyle and Bernard Levin. Lyon.
- World Health Organization . WHO. (2008). *Datos y cifras*. Recuperado el 30 de Octubre del 2008 de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Zabora, J.R., Blanchard, C.G., Smith, D.E., Roberts, C.S., Glajchen, M. & Sharp, J.W. (1997). Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 73-87.



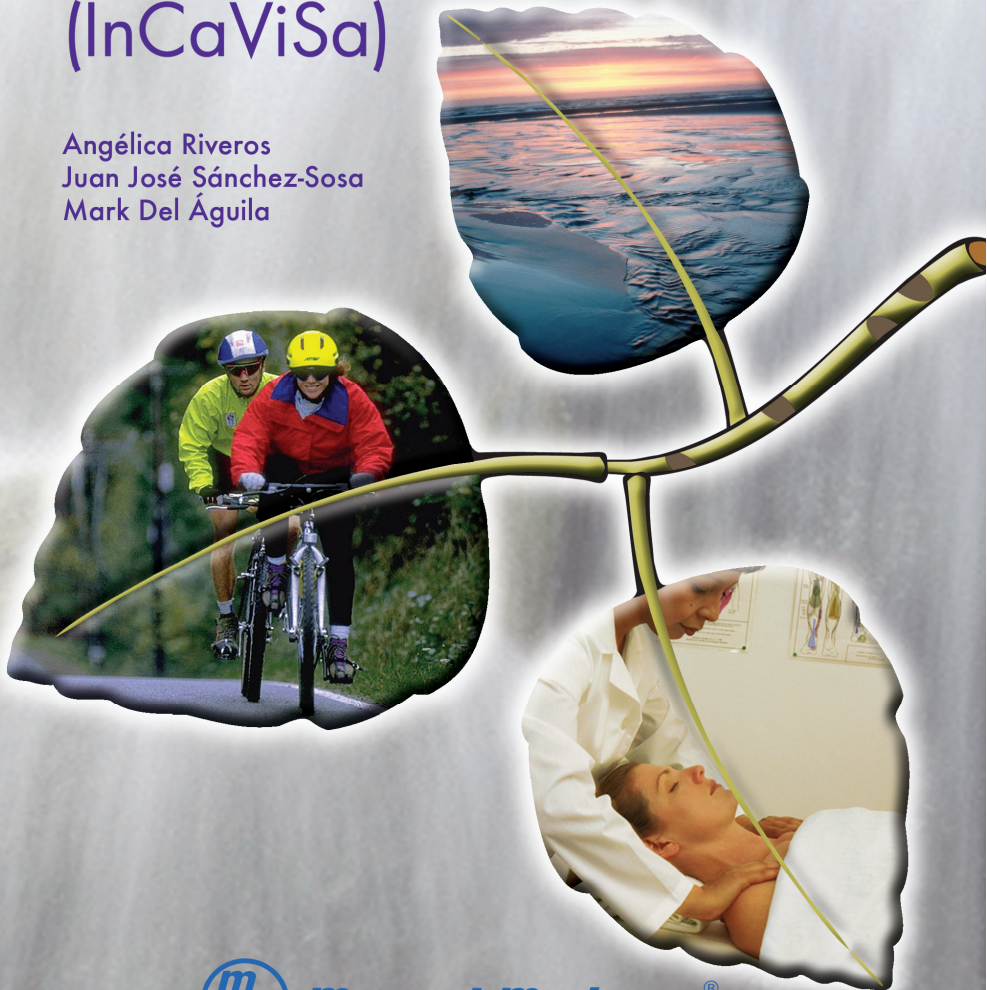
## CONTENIDO DE ANEXOS

- Anexo 1      Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)
- Anexo 2      Consentimiento Informado
- Anexo 3      Entrevista Corta (formato)
- Anexo 4      Información para sobrellevar el cáncer de mama  
(folleto-psicoeducación)
- Anexo 5      Pasos Vitales: Protocolo para promoción de  
adhesión terapéutica
- Anexo 6      Bitácora Clínica



# Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

Angélica Riveros  
Juan José Sánchez-Sosa  
Mark Del Águila





## Anexo 2

### Protocolo “Factores psicosociales de la atención de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama” IN-303907

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El cáncer de mama, es un padecimiento cuya sintomatología y tratamiento afectan de manera importante el bienestar y las condiciones de vida de quien lo padece. Los objetivos del estudio en el que se la invita a participar son: a) identificar aquellos aspectos del padecimiento que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de formas de sobrellevarlas, b) ayudarla a desarrollar habilidades de regulación emocional que le permitan tener mayor control sobre algunos aspectos especialmente incómodos del tratamiento que empeoran por el malestar emocional.

Los procedimientos del estudio consistirán en: 1. Evaluación psicológica para explorar decisiones terapéuticas y evaluar los resultados obtenidos. 2. Detección de conductas y pensamientos disfuncionales con el propósito de mejorar su bienestar psicológico; y 3. en su caso, procedimientos de retroalimentación biológica (entrenamiento autogénico) para entrenarla en el mejor control de las emociones adversas que suelen experimentarse durante el tratamiento. Ninguno de los procedimientos de la presente investigación son experimentales, todos ellos cuentan con reconocida efectividad y por no implicar administración de fármacos ni herida no implican riesgo alguno a su salud física.

Para participar se le pedirá en cuatro ocasiones que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud, así como registro de algunas conductas relativas a su tratamiento. Se le pedirá que asista a un tratamiento psicológico, en el que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia. Si asiste a los consultorios de la Universidad de Valle de México, el trabajo estará auxiliado por equipo especializado. El tratamiento durará aproximadamente de cuatro a cinco meses, con una sesión por semana.

Es probable que algunas preguntas la hagan sentir un tanto incómoda, pero su franqueza permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad. En virtud de la naturaleza educativa, no-invasiva y de carácter interpersonal supervisado, tanto de la recolección de datos como de la intervención, no se prevén riesgos significativos para las pacientes. De cualquier manera, el grupo de psicología está entrenado en la detección de signos de riesgo igual o mayor al implícito normalmente en el padecimiento, respecto de los componentes emocional, de pensamiento y conducta. Los beneficios que pueden obtenerse incluyen la mejora de su bienestar emocional, de sus relaciones interpersonales, menores molestias por algunos procedimientos médicos, y mejora en su condición física.

Algunos procedimientos alternos que pueden servir con propósitos semejantes son la terapia cognitivo-conductual que puede recibir en el Centro de Servicios de la Facultad de Psicología de la UNAM, y el entrenamiento en biorretroalimentación que también están disponibles en atención privada.

Siéntase en absoluta libertad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio antes de firmar el presente consentimiento. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, con toda libertad de contáctenos: Dr. Juan José Sánchez Sosa, o Dr. Juan Antonio González Puente, supervisores y responsables del proyecto.

Se le proporciona esta información para que pueda decidir si participa en el presente protocolo, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si decidiera participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna, como usuaria de los servicios del Instituto, Hospital o de cualquier otra índole.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que proporcione será anónima y no habrá forma de identificarla a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos estadísticos de investigación.

Si está interesada, podrá, en cualquier momento del estudio, pedir información sobre su avance individual al respecto de las evaluaciones que se le realicen o de los cambios en su situación clínica, como la valore su terapeuta. También podrá recibir los resultados finales del estudio, sin embargo, éstos suelen tomar meses en concluirse a partir de la recolección de los datos.

El tratamiento busca complementar el tratamiento médico que recibe en el Instituto, su participación no afectará o modificará de ninguna manera el acceso al que tiene derecho, y en caso de presentarse cualquier circunstancia que implique un gasto adicional al normal en estudios como el presente, éstos se cubrirán con el presupuesto de la investigación, su participación en el estudio es completamente gratuita.

Dr. Juan José Sánchez Sosa  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Psicología, CU.  
Tel: 56 22 23 32  
E-mail:johannes@servidor.unam.mx

Dr. Juan Antonio González Puente  
Universidad del Valle de México  
Campus Sn. Rafael  
Tel: 56286300 ext. 52396  
E-mail: jantonio.gonzalez@vmnet.edu

Con mi firma declaro tener 18 años o más de edad y que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes y a asistir a las sesiones programadas.

Testigo 1, firma \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y relación con el paciente

Testigo 2, firma \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y relación con el paciente

Entrevistador:

Fecha:

## Anexo 3

Terapeuta: _____
No. de Expediente: _____
Folio CSP: _____
Fecha: _____

### **IN-303907 ENTREVISTA CORTA**

Nombre del paciente:

Género:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Domicilio:

Estado civil:

Escolaridad:

Profesión u ocupación:

Religión:

Nacionalidad:

Teléfono:

Celular:

¿Cuántos hijos tiene?

Dx:

Fecha del Dx:

Otras enfermedades:

Cirugías (anteriores y programadas):

Medicamentos que toma:

Nombre	Dosis	Desde cuándo
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

Tratamientos:

Realizados	Por realizar

Síntomas experimentados actualmente:

Quién, en su caso, es el proveedor de sus medicinas:

Con quién vive actualmente:

Cuál es su cuidador primario actualmente:

## FAMILIOGRAMA

¿Ha estado en psicoterapia anteriormente, número de sesiones (aproximado) y cómo concluyó?

¿Con quién más ha estado consultando su problema?

¿Ha habido cambios en su estado de ánimo desde el diagnóstico?, ¿cuáles?

Cómo han afectado desde el diagnóstico sus relaciones (cómo se lleva con sus familiares desde el diagnóstico), ¿qué cambios ha habido?:

En qué grado 0=Nada 10=Mucho



Familiares	Sociales
Laborales	Sexuales

**EXAMEN MENTAL**

Conducta y aspecto general del paciente

Atención y concentración

Juicio con respecto al diagnóstico (qué es lo que piensa de lo que le está pasando)

Orientación:

Reactividad:

Estado de ánimo

Observaciones:

---



---



---



---



---



---



---



---

## Anexo 4

# INFORMACIÓN PARA SOBRELLEVAR EL CÁNCER DE MAMA

### ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Nuestro cuerpo está formado por unidades llamadas células, que funcionan de diferentes formas y de las cuales tenemos millones. Estas células desempeñan trabajos particulares para el buen funcionamiento de nuestro cuerpo. Por ejemplo algunas se encargan de defender al organismo de microbios dañinos, otras de regenerar los tejidos dañados, otras de fabricar sangre, entre muchas otras funciones.

Casi todas las células de nuestro cuerpo son capaces de multiplicarse, algunas más rápido que otras. Sin embargo, cuando hay un defecto de la multiplicación, y una célula pierde el control y empieza a multiplicarse de manera muy rápida, esta célula transmite a otras esta capacidad y en el lugar donde se encuentre aparecerá una masa de células que crecerá a una velocidad más rápida que las demás células de ese lugar. Cuando esto ocurre, hay un crecimiento anormal de células llamado tumor, que a veces da lugar a la aparición de cáncer.

La malignidad o canceroso de un tumor tiene que ver con la destrucción que causa a su alrededor y su capacidad de invadir otras partes del cuerpo por la forma en que se desplazan sus células. Cuando se habla de una invasión del cáncer es por su rapidez al desplazarse y no tanto por el tamaño de un tumor.

El diagnóstico temprano del cáncer puede hacer la diferencia entre una enfermedad curable o no. Así, el diagnóstico del cáncer de mama no es necesariamente una sentencia de muerte, ya que en la actualidad es tratable y a veces puede ser curable. El tratamiento dependerá de la etapa en la que se encuentre el cáncer según lo determine el equipo médico responsable de su tratamiento.

### CÁNCER DE MAMA.

El cáncer de mama es el crecimiento anormal de células y el tumor que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria (seno). El cáncer de mama es una enfermedad que se puede desarrollar en una o ambas mamas.

### PRONÓSTICO

El pronóstico son las suposiciones, a partir del conocimiento de cada caso, de lo que pasará a futuro con la enfermedad, por lo que es muy importante asistir a todas las consultas. El número de consultas y su frecuencia depende de varios aspectos.

Por una parte, el tipo de cáncer, invasivo o no invasivo. El invasivo tiene que ver con el tipo de célula cancerosa y la etapa en que se encuentra el cáncer al momento del diagnóstico. En general es mayor el peligro durante los dos primeros años después del tratamiento y disminuye después de cinco años de completado el tratamiento. Entre más tiempo pase desde que acabó el tratamiento, menor será la posibilidad de que el cáncer aparezca de nuevo.

Sin embargo, es importante realizarse revisiones cada cuatro meses, durante los primeros dos años después del tratamiento; cada seis meses en los tres años siguientes y cada año después de permanecer libre de cáncer por cinco años.

Las pacientes que presentan cáncer no invasivo tienen menor riesgo de que se presente de nuevo el cáncer, por lo que sólo necesitan exámenes físicos cada año, es decir los mismos que se recomiendan a las mujeres que nunca han tenido cáncer.

### TRATAMIENTO

En propósito general del tratamiento es que las células cancerosas no se reproduzcan más para

evitar que formen otro cáncer, además de eliminar el ya existente.

Algunos tratamientos del cáncer de mama son:

1. La cirugía; en la que el médico opera y saca el tumor del cuerpo.
2. La radioterapia; que es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas.
3. La quimioterapia; que se basa en el uso de medicamentos (orales o inyectados). En general, entre más agresivo es el cáncer el medicamento acaba con él más eficazmente, y aunque hayan molestias a causa de los medicamentos usados, estas molestias desaparecerán con el tiempo.
4. La hormonoterapia; este tratamiento, al igual que la quimioterapia, se da en medicamentos (hormonas).
5. La inmunoterapia; está basada en medicamentos que ayudan a fortalecer las defensas que existen en nuestro cuerpo para que ataquen a las células responsables del cáncer.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS O DESAGRADABLES DEL TRATAMIENTO.

Como en todos los tratamientos, existen posibilidades de efectos desagradables, en el caso del tratamiento contra el cáncer, estos pueden ser: fatiga, pérdida del cabello, posibilidad de infecciones (por ejemplo de garganta) pérdida de apetito, comezón, resequedad en la boca, dolor de cabeza y de boca como inflamación de las encías y fuegos labiales, vómito, diarrea y estreñimiento, entre otros.

Todas estas incomodidades varían de una persona a otra, tanto en su intensidad como en su duración.

#### RECOMENDACIONES

Hay situaciones por las que debe visitar a su médico durante y después del tratamiento tales como las siguientes:

1. Cualquier nueva bolita o bulto en el cuerpo, en especial en los senos.
2. Dureza en un seno que persiste aún después de la menstruación.
3. Inflamación en los senos aún después de un tratamiento, y posibles bolitas o bultos que aparecen y desaparecen frecuentemente.
4. Dolor que no permite estar tranquila ni dormir aún relajándose.
5. Salida de flujo o líquido con sangre.
6. Pezones que se hundan demasiado o aplastamiento de la piel.
7. Cambio o descamación del pezón.

#### ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE MAMA

Se conocen algunas reacciones emocionales por la que una paciente pasa a partir del diagnóstico de cáncer de mama, y son emociones normales que deben enfrentarse.

##### 1. Incertidumbre antes del diagnóstico

Cada persona reacciona diferente ante la posibilidad de padecer una enfermedad según su propio estilo personal y experiencia. Algunas lo hacen con extrañeza y curiosidad, otras no le dan importancia, otras se muestran muy alarmadas y otras piensan que no tienen una enfermedad seria.

El notar cambios inesperados en nuestro cuerpo o sentir molestias que no se tenían, puede ser inquietante, en especial cuando hay sospecha de padecer cáncer.

##### 2. La crisis posterior al diagnóstico



Cuando la paciente asiste a la consulta para conocer el resultado de los estudios tiene dudas sobre el diagnóstico y quiere saber cuanto antes lo que está ocurriendo con su salud, lo cual puede causar inquietud o angustia.

El comprobar que se sufre una enfermedad seria es el inicio de una experiencia poco favorable por la idea de que se está en peligro y por la inquietud de cómo afectará el cáncer su vida y la de sus seres queridos.

Hay una crisis cuando se cree que la enfermedad puede acabar con sus propósitos, metas, proyectos y planes, además de perder la esperanza en el futuro. Se puede llegar a una especie de desesperanza y una desorganización de las emociones, conductas, pensamientos y relaciones con las otras personas.

La primera reacción al diagnóstico puede ser de rechazo y negación. Se duda de que el diagnóstico sea cierto y se piensa que los resultados pueden tener algún error y se buscan otras opiniones.

### 3. Dudas durante el tratamiento

Al confirmarse el diagnóstico la negación queda atrás y es probable que se presente una sensación de calma y esperanza, aunque todavía con dudas como: ¿lograré sobrevivir?, ¿conseguiremos quitar el tumor por completo?, ¿qué efectos secundarios tendré que aguantar?, ¿cuánto tiempo durará el tratamiento?, ¿cómo voy a quedar?

Los efectos secundarios de los tratamientos pueden llegar a ser agresivos o agotadores, por lo que a veces se tiene el deseo de abandonar el tratamiento, lo cual se convierte en el principal reto a superar.

### 4. Sobrevivir al cáncer: periodo de resolución, esperanza o cura

Después de los tratamientos intensos y de superar las molestias en las peores etapas de la

angustia, la paciente puede tener una sensación de confusión y sentimientos encontrados al recibir la noticia de que ya no presenta malestares físicos y su padecimiento está controlado.

Por una parte siente la necesidad de celebrar y dar gracias por la salud recuperada, pero a veces también se ve como una persona débil y abandonada. Agradece que el peligro esté alejado, pero sabe que no podrá dejar de revisarse medicamente a futuro.

### 5. La enfermedad continúa o se agrava: fase terminal

Si los tratamientos no funcionan o el padecimiento continúa avanzando, emocionalmente se puede presentar una desesperanza y pueden presentar angustia, periodos de tristeza, llanto y enojo. Pero muchas veces después habrá serenidad y se sentirá más tranquila.

## ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

El impacto psicológico en las pacientes con cáncer de mama hace que algunas se imaginen como si en su cuerpo se hubiese dejado alguna bomba y que hay riesgo de que pueda explotar. A veces este tipo de pensamientos pueden llegar a ser muy intensos y perturbadores.

Según el tiempo en que una persona se adapta al diagnóstico de cáncer a veces hay distintas situaciones que ayudan a una aceptación positiva de la enfermedad. Entre otras se encuentran: el apoyo que den familiares y amigos, una buena relación de pareja, la aceptación de los cambios físicos por la enfermedad o el tratamiento, la edad de la paciente, la forma en la que expresan sus sentimientos, lo que esperan del éxito del tratamiento, el interés por actividades que le gusten, las molestias que dé el tratamiento y la cantidad de otros problemas que tenga la paciente en ese momento.

## NUEVOS HÁBITOS A SEGUIR O EVITAR, PARA MEJORAR EL BIENESTAR Y LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de los nuevos hábitos a seguir o evitar destacan los siguientes:

1. Dejar de fumar, ya que aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo.
2. Disminuir o evitar el beber alcohol, ya que esta sustancia puede favorecer el desarrollo de otro tipo de cáncer.
3. Alimentarse bien, procurando comer frutas y verduras, evitar o limitar el consumo de carnes rojas (puerco, res o borrego), reducir las grasas y evitar carnes procesadas como los embutidos (jamón, salchichas, etc.).
4. Hacer ejercicio y otras actividades que sean de su agrado.
5. Mantener un peso adecuado a su estatura y complexión.
6. Procurar estar en situaciones agradables con familiares y amistades.
7. Dormir el tiempo necesario para que el cuerpo descansa de manera efectiva, se recomiendan ocho horas.
8. Estar muy atentas y tomar los medicamentos, cuidando que sea la dosis que el médico señaló.

## ¿CUÁL ES EL BENEFICIO DE ACUDIR CON UN PSICÓLOGO?

Cuando tenemos problemas o sufrimiento emocional y hacemos las cosas adecuadas para combatirlos, se favorece nuestro equilibrio mental, se disminuye el sufrimiento emocional y se favorece que el cuerpo se defienda contra la enfermedad. Hay todo un equipo capacitado de psicólogos y médicos trabajando con y para las pacientes de modo que no deben sentirse solas y pueden estar seguras de que en este proceso podrán buscar el apoyo de profesionales de la salud.

Los objetivos principales del trabajo psicológico son:

- 1.- Tratar los problemas que pueden presentarse en las pacientes con cáncer de mama, como, depresión, ansiedad, crisis de angustia, estrés y alteraciones en el pensamiento.
- 2.- Propiciar el bienestar y una buena calidad de vida, desde el momento en que se sospecha que se sufre el padecimiento y a lo largo de toda la vida. Se buscan las menores consecuencias negativas en lo personal, lo familiar, lo laboral y lo social.
- 3.- Ayudar a cambiar las formas en que enfrentamos la enfermedad y que no favorecen la adaptación psicológica.
- 4.- Acompañar a la paciente en la elaboración de los duelos provocados por las pérdidas que atraviesa.
- 5.- Asesorar a la familia y formar un equipo terapéutico entre la paciente, su cuidador primario y los especialistas.
- 6.- Apoyar el trabajo de las emociones, pensamientos y conductas que se desarrollan ante situaciones de enfermedad.

---

## PROTOCOLO: FACTORES PSICOSOCIALES EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE MAMA

- Instituto Nacional de Cancerología
- Universidad Nacional Autónoma de México
- Universidad del Valle de México

Información preparada por Gabriel A. Escorza Fragoso y Ma. Cristina Sierra Avilés, 2008.

Supervisión: Dr. J. J. Sánchez Sosa y Dr. J. A. González Puente.

## Anexo 5

### Pasos Vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica<sup>1</sup>

Antes de iniciar asegúrese de contar con el siguiente material para cada paciente:

- Etiquetas de recordatorio para tomar medicamentos
- Tarjeta de registro y anotaciones
- Caja de tabletas (en su caso)
- Régimen medicamentoso del paciente
- Perfil o lista completa de posibles efectos colaterales de los medicamentos
- Guión de imaginación guiada (incluirlo en su caso)
- Bolsitas de plástico y bolígrafo o plumín para anotar los medicamentos

1. Bienvenida/psicoeducación: Cáncer, efectos recíprocos de pensamientos, acciones y sentimientos.

Al término de la explicación o presentación:

El propósito de esta reunión es ayudarle(s) a usar eficazmente sus medicamentos tomándolos de modo que tengan el mejor efecto posible para (cada uno de) usted(es)

Agradezca al (los) paciente(s) su participación en el estudio o intervención.

Inicio de la conversación con el (los) paciente(s):

- a) Antes de iniciar, ¿qué ideas tiene acerca de seguir el tratamiento para...? (padecimiento)
- b) En su caso ¿qué podría interferir o estorbar el seguimiento de su tratamiento?
- c) Cuando mira sus medicinas ¿qué pasa por su mente? ¿qué idea le viene a la cabeza?

Dé realimentación a sus respuestas y a sus ideas sobre cómo puede ayudarle(s) el programa

El propósito de esta entrevista (o reunión) es platicar la importancia que tiene el tomar (o aplicarse) sus medicamentos exactamente como se los han recetado. Al principio, cuando se le(s) da esta información hay gente que se siente agobiada. Vamos a usar unos minutos para asegurarnos de que usted(es) da(n) los pasos necesarios para mejorar lo más posible su salud.

Revisión del video:

Asegúrese de que el paciente entienda los siguientes puntos:

- 1) Si no hay suficiente concentración de medicamento en su sangre es posible que haya suficientes virus (bacterias, etc.) para reproducirse, incluso en formas que sean resistentes a los medicamentos.

---

<sup>1</sup> Steven A. Safren, Ph.D. (1999). Cognitive-Behavioral interventions to increase medication adherence. En: Psychiatric Practice: Everyday Solutions. Course. Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. Boston. Traducción y adaptación: Juan José Sánchez Sosa y Angélica Riveros.

2) El aprender a tomar estos medicamentos es un tanto complicado pero perfectamente posible. Es como aprender cualquier cosa nueva, al principio es pesado y puede parecernos que requiere mucho esfuerzo pero, con la práctica se puede volver parte de sus rutinas diarias.

Paso 1: Razones expuestas y analizadas y (en su caso) video exhibido [ ]

Después de pasar el video explique:

a) Ahora revisaremos una lista de verificación de los problemas que algunas personas tienen para seguir su tratamiento

b) Algunos de estos pasos pueden aplicarse a su caso y otros no. Al final veremos otros problemas o preocupaciones que tienen que ver con el seguir el tratamiento.

## 2. Acudir a consulta

Use el enfoque de solución de problemas para ayudar al paciente a encontrar o “armar” formas de resolver problemas asociados con acudir a sus citas.

El paciente tiene citas \_\_\_\_\_ veces a la semana o al mes.

El paciente se transportará a sus citas por medio de \_\_\_\_\_

El plan “b” para transportarse a sus citas incluye \_\_\_\_\_

¿Ve usted algún otro problema que pueda surgir para que funcione el plan que acabamos de platicar?

Estos posibles problemas serían \_\_\_\_\_

La(s) forma(s) de resolverlos serán \_\_\_\_\_

Si se le pasa una cita y sus medicinas se pueden acabar antes de la siguiente cita, LLAME A SU MÉDICO. Los médicos pueden dar instrucciones telefónicamente a farmacias para surtir un medicamento. Así, si se le pasa una cita no se le terminarán sus medicinas aunque su receta haya expirado.

Paso 2. Transporte a las consultas explicado y planes alternos preparados [ ]

## 3. Comunicación con el médico o la enfermera

Explique que hay mucha gente que se siente incómoda al hacer preguntas a su médico u otros miembros del equipo de salud. Platique las dificultades que tenga el paciente para preguntar o para adoptar un papel activo en su propio tratamiento. Aborde la naturaleza recíproca de la relación médico-paciente. Haga énfasis en la importancia de que sus preguntas sean respondidas y ayúdele a resolver problemas de comunicación. Investigue si por el momento hay cosas que el paciente no ha preguntado sobre su tratamiento.

Paso 3: Relación con el equipo de salud analizado [ ]

#### 4. Afrontamiento de efectos colaterales

Acabamos de tratar el asunto de la comunicación con el equipo de salud. Un punto importante sobre el cual hay que comunicarse son los efectos colaterales de los medicamentos.

Los medicamentos que está tomando tienen algunos efectos colaterales, incluyendo...

\_\_\_\_\_.  
Incluya toda la información disponible sobre los efectos colaterales específicos de los medicamentos del paciente. Dígame que cuando esos efectos sean intolerables o no haya forma de afrontarlos, es importante que lo platique con su médico o con nosotros (por ejemplo, algunos efectos colaterales se quitan con el paso del tiempo).

Induzca la convicción de cambiar de la idea de estar notando los efectos colaterales a la de pensar que los medicamentos están surtiendo buen efecto.

Cuando sienta esos efectos colaterales, es importante pensar en ellos como señal de que el medicamento está funcionando. Esos efectos colaterales significan que el medicamento ya está actuando en su cuerpo y haciendo la función de... (inhibir la reproducción viral, o bacteriana o hacer que su cuerpo produzca sustancias o efectúe cambios necesarios para protegerlo, etc.)

Explique que al final se harán unos ejercicios de imaginación guiada para ayudarle a practicar esas convicciones.

Paso 4: Efectos colaterales abordados [ ]

#### 5. Obtención de medicamentos

El enfoque de solución de problemas es similar al anterior

Farmacia, dependencia o sitio que usará el paciente \_\_\_\_\_

Pagará los medicamentos: \_\_\_\_\_

Se transportará a la farmacia mediante: \_\_\_\_\_

¿Es posible que se le envíen los medicamentos? \_\_\_\_\_

Algunos obstáculos o impedimentos para recoger sus medicamentos incluyen: sensación de vergüenza o falta de confidencialidad en la farmacia, forma de transportarse a la farmacia, falta de dinero. ¿Tiene usted alguno de éstos? \_\_\_\_\_

Éstos se abordarán (cómo) \_\_\_\_\_

Haga que el paciente se visualice parado en la farmacia y ensaye la conversación con el farmacéutico en caso necesario.

Paso 5: Obtención de medicamentos abordado y problemas resueltos [ ]

#### 6. Horario concreto de medicación diaria

Use la forma de horario cotidiano para ayudar al paciente a hacer su horario de medicamentos.

Para cada medicamento asegúrese de incluir:

- a) Señales: qué otras circunstancias puede haber al tomar cada medicamento
- b) Comidas: si hay restricciones alimenticias incluya la comida o su ausencia para esos casos
- c) Refrigeración, etc.

Paso 6: Horario llenado [ ]

#### 7. Guardado (almacenamiento) de medicamentos

Guíese por el horario diario. Este paso puede hacerse simultáneamente con el 4.

Al paciente se le pide que sea muy específico sobre dónde guardará las medicinas durante el día (en una bolsita, en un bolsillo, etc.)

El paciente conservará las medicinas en \_\_\_\_\_

Posibles problemas al guardarlas serían \_\_\_\_\_

Esos problemas se resolverán (cómo) \_\_\_\_\_

¿Deben refrigerarse algunas medicinas? \_\_\_\_\_.

Si el paciente debe refrigerar algunos medicamentos, recomíendele que compre bolsas que se puedan cerrar y refrigerar. Resuelva problemas relacionados con la compra de las bolsas. Trate de encontrar un sitio específico para su compra y haga que las adquiera, de ser posible, ese mismo día.

¿Trabaja usted fuera de su casa? o, ¿pasa bastante tiempo fuera de su casa en horas a las que debe tomar medicamentos?

Si es así, tiene que planear cómo se tomará las medicinas en esos sitios. Por ejemplo, si el paciente trabaja y le da pena guardar o refrigerar medicinas en el trabajo o que las vean otros, resuelva dichos problemas. Sugiera cambiar las bolsas o envoltorios en el trabajo o esconderlas sin mucha complicación, etc.

Dele al paciente cajas de píldoras o bolsitas con etiquetas si se ajusta a la dosis que debe cargar consigo. Si no es posible, recomíendele que las compre en una farmacia o supermercado pero asegúrese de que hay algún plan alterno concreto.

Paso 7: El paciente tiene un sitio viable para guardar sus medicamentos [ ]

#### 8. Señales adicionales

Explique al paciente que requiere de recordatorios o señales para tomar sus medicamentos.

Los recordatorios o señales tienen diferentes propósitos:

- 1) Recordarles tomar cada píldora (cápsula, tableta, jarabe, etc.).
- 2) Empezar a cambiar el significado del medicamento
- 3) Ajustarse (si es el caso) a su dieta con recordatorios en el refrigerador, etc.
- 4) Realizar ejercicios o actividad física recomendada

Saque las etiquetas y la tarjeta de registro de medicación, dieta, ejercicio, etc. Refiérase al principio, cuando le preguntó “¿qué piensa (o le pasa por la cabeza) cuando mira esta píldora?”.

Significado de la píldora

Explique que vamos a empezar a practicar el cambio de lo que significan las píldoras para él (ella). Algunas sugerencias nuevas sobre las medicinas pueden ser:

\* Las píldoras dan vida (no son recordatorios de que estoy mal)

\* Tomar la píldora significa que estoy cuidando mi salud

Recordatorios para tomar las píldoras

\* Colocar las medicinas en lugar visible

\* Sitios como recordatorios diarios: por ejemplo el espejo del baño o la recámara en la mañana, la cafetera en la cocina, el escritorio en el trabajo, objetos usuales para higiene, etc.

Pegue una etiqueta en la tarjeta de registro y escriba una frase de recordatorio sobre la tarjeta sobre el significado de la etiqueta (por ejemplo: “estas píldoras (dieta, ejercicio, etc.) son para mejorar mi salud”).

Dele instrucciones al paciente para colocar la tarjeta donde la pueda ver constantemente.

Instrúyalo para pegar las etiquetas de recordatorio en lugares en los que suele estar cuando le toca tomar cada medicina, ajustarse a su dieta o realizar actividad física.

Ponga atención especial a las áreas cercanas a las puertas que usa el paciente, de modo que recuerde llevar consigo sus medicamentos cuando salga y le vaya a tocar tomarlos.

Si hay riesgo de que el paciente olvide sus medicamentos cuando salga, asegúrese de que coloque señales y recordatorios en otros sitios visibles (por ejemplo, la computadora, el espejo, el frasco de agua de colonia u otro objeto que suela tocar o usar justo antes de salir, etc.)

El paciente colocará las etiquetas-recordatorios en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras señales que usará el paciente son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paso 8: El paciente dispone de señales de ayuda para su adherencia terapéutica [ ]

9. Imaginación guiada para facilitar adherencia.

Ensayos del régimen medicamentoso

Describe al paciente un ejemplo de algo que se aprende y que al principio es o parece muy difícil y que después se hace casi automáticamente.

Ejemplo (hombres) ¿se acuerda cuando tenía como \_\_\_\_\_ años y empezó a rasurarse? Al principio era difícil porque tenía que aprender desde cómo tomar el rastrillo (o la rasuradora eléctrica), remojar la cara, distribuir pareja la espuma o jabón para rasurar y, después, ir pasando el rastrillo con mucho cuidado y en orden de lugar en lugar de la cara, teniendo especial cuidado

cerca de las orejas y en el mentón (o barbilla) para no cortarse, enjuagando el rastrillo a cada rato y finalmente ir sintiendo o buscando lugares de la cara donde no hubiera quedado la barba bien corta, etc.

Ahora piense en cómo se rasura hoy, es muy probable que no tenga que pensar casi nada en cómo lo va haciendo. Esto es así porque el rasurarse se ha ido haciendo casi automático.

Ejemplo (mujeres). ¿Recuerda cuando empezó a peinarse?, al principio tenía que ensayar diferentes formas de alisar y acomodar el cabello, maniobrar con ambas manos para alisar y amarrar, recordar tener a la mano el coiletero (broche, ligas, etc.) y colocarlo una y otra vez hasta que quedara bien puesto, observarse desde varios ángulos para verificar que no queden cabellos sueltos, probar con diferentes productos que la ayudaran a mantenerlo arreglado. Seguramente las primeras veces le tomó mucho tiempo frente al espejo lograr el peinado que quería, piense cómo se peina hoy, lo más probable es que ahora lo haga en poco tiempo y casi sin pensar cómo lo hace, eso es porque lo realiza diario, entonces peinarse se ha vuelto casi automático. Puede incluir cocinar o arreglarse, pintarse, etc.

Lo que vamos a hacer con la práctica es que tomar sus medicinas se vaya haciendo tan automático como (rasurarse, peinarse, etc.) o como otra de esas cosas que hacemos todos los días.

Introducción a la imaginación guiada

Describa o analice el propósito de la imaginación guiada (véase espécimen de guión)

Vamos a hacer un pequeño ensayo para que se vaya acostumbrando a tomar sus medicinas tal y como le han indicado. Para esto vamos a usar la imaginación para ayudarle a visualizar los horarios de sus medicinas, ayudarle a cambiar su significado y practicar cómo irse ajustando a esos horarios.

Ejercicio de imaginación guiada

Haga que el paciente se siente cómodamente y cierre sus ojos. Hágale tomar varias respiraciones profundas, lentas y, en lo posible, diafragmáticas. Si es necesario márquele el ritmo con su propia respiración (del terapeuta) exagerando el sonido con nariz y garganta para hacerle obvio.

En seguida vea que el paciente practique alternadamente tensar y relajar los siguientes grupos musculares (secuencia cefalocaudal): 1. frente, 2. párpados, 3. mejillas/labios, 4. mandíbula, 5. cuello, 6. hombros, 7. brazos, 8. manos, 9. abdomen, 10. trasero, 11. piernas, 12. pantorrillas, 13. pies. Al final induzca relajación completa “pasando lista”. Use términos familiares para el paciente “descansado”, “flojito”, “relajado”, “colgando como un trapito”, etc.

Imaginación para uso de medicamentos

Ahora vamos a pasar al uso de imaginación (o visualización) para sus medicinas (refiérase a los horarios diarios de medicamentos como señal o recordatorio).



## Anexo 6

Proyecto Instituto Nacional de Cancerología, Universidad del Valle de México y  
Universidad Nacional Autónoma de México

### BITÁCORA CLINICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

No. Expediente InCan \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Nombre del Terapeuta \_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual \_\_\_\_\_

Describe en los siguientes espacios los procedimientos aplicados al paciente, durante la sesión objeto del presente registro, en el rubro que corresponda.

a) Detección de cogniciones sesgadas o de información defectuosa que interfieran con el tratamiento o la estabilidad emocional o interpersonal.

b) Reestructuración (en su caso) de las cogniciones descritas en el rubro anterior.

c) Detección de reacciones emocionales que generen malestar o interfieran con el tratamiento médico

d) Entrenamiento de técnicas de regulación emocional: respiración diafragmática profunda, relajación muscular progresiva profunda, etc.

e) Detección y/o registro de conductas (instrumentales) que interfieran con el tratamiento médico o que pongan en riesgo la estabilidad y el bienestar emocional (incluya aspectos interpersonales).

f) Establecimiento de habilidades conductuales e interactivas de apoyo al tratamiento. Incluya instrucciones que haya dado para tareas a realizar en casa.

g) Metas u objetivos para la siguiente sesión.

h) En el espacio siguiente anote comentarios clínicos (suyos o del paciente) integrando los tres componentes (cognición, emoción y conductas) y sugerencias para el tratamiento.