



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD

**“EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN  
COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA  
EN RADIOTERAPIA”**

T E S I S  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A  
***ROSA ELENA ORNELAS MEJORADA***

COMITÉ:

- Tutor** Dr. Juan José Sánchez Sosa  
**Principal:** Facultad de Psicología, UNAM  
**Tutor Adjunto:** Dr. Ariel Vite Sierra  
Facultad de Psicología, UNAM  
**Tutor Externo:** Dra. Olivia Tena Guerrero  
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias  
en Ciencias y Humanidades, UNAM  
**Jurado A:** Dra. Angélica Riveros Rosas  
Facultad de Contaduría y Administración, UNAM  
**Jurado B:** Dr. Juan Antonio González Puente  
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM  
Psic-Onc. Humberto Bautista Rodríguez, CMN Siglo XXI

MÉXICO, D.F.

ENERO

2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Índice

<b>Resumen</b>	I
<b>Abstract</b>	li
<b>I. Antecedentes Teóricos</b>	
<b>Capítulo 1. Cáncer de mama</b>	
Epidemiología	1
El cáncer de mama en México	1
Radioterapia	3
Situación actual	4
<b>Capítulo 2. Principales síntomas de malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama</b>	
Distrés	6
Ansiedad y depresión síntomas de distrés psicológico	7
Factores de distrés psicológico en la radioterapia	8
Fatiga (CRF) Cancer Related Fatigue	10
Fatiga y radioterapia	11
Afrontamiento	13
Afrontamiento y cáncer	14
Respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama	15
Justificación	18
<b>Estudio 1 Adaptación y validación de instrumentos psicológicos para evaluar de síntomas de ansiedad, depresión, fatiga y respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia</b>	
Objetivo	24
Tipo de estudio y diseño	24

## **Validación de la Escala de Ansiedad y Depresión**

### **Hospitalaria (HADS)**

Método	24
Resultados	27
Discusión	32

### **Functional Assesment of Chronic Illness Therapy- FACIT-Fatigue**

Método	32
Resultados	34
Discusión	37

### **Brief COPE-28**

Método	38
Resultados	40
Discusión	45

## **Estudio 2 Ansiedad, depresión, fatiga y respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados.**

Objetivo general	48
Método	49
Participantes	49
Medición	49
Variables sociodemográficas y clínicas	49
Variables médicas	50
Variables psicológicas:	50
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS-R11)	
Escala de afrontamiento COPE-17	50
Escala breve de fatiga FACIT F-7	51
Procedimiento	52
Análisis estadístico	53

Resultados	54
Discusión	65

**Estudio 3 Efectos de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia**

Objetivo	78
Método	79
Resultados	90
Discusión	104
Conclusiones generales derivadas de los estudios	113
Referencias	117

**Índice de Tablas**

<b>Tabla 1.</b> Ansiedad y Depresión datos descriptivos	28
<b>Tabla 2.</b> Resumen de reactivos y cargas factoriales para una solución varimax para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	28
<b>Tabla 3.</b> Distribución muestral por intervalos según puntos de corte para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS- Ansiedad	31
<b>Tabla 4.</b> Distribución muestral por intervalos según puntos de corte para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS- Depresión	31
<b>Tabla 5.</b> Resumen de reactivos y cargas factoriales para una solución varimax para la Escala FACIT- Fatigue	35
<b>Tabla 6.</b> Puntuaciones de escala FACIT-Fatiga (Breve) 7 reactivos	37
<b>Tabla 7.</b> Estructura factorial del Brief COPE-17 en mujeres con cáncer de mama en radioterapia	42
<b>Tabla 8.</b> Confiabilidad de las subescalas de la versión castellana del Brief COPE-17	44

<b>Tabla 9.</b> Correlaciones entre las subescalas de la versión castellana del Brief COPE-17	45
<b>Tabla 10.</b> Características sociodemográficas de las participantes	55
<b>Tabla 11.</b> Características médicas de las participantes	56
<b>Tabla 12.</b> Características clínicas de las participantes	58
<b>Tabla 13</b> Correlación entre ansiedad, depresión y respuestas de afrontamiento.	62
<b>Tabla 14.</b> Análisis de regresión múltiple que pronostica sintomatología ansiosa	63
<b>Tabla 15.</b> Medias, desviaciones estándar y análisis de varianza de una vía (ANOVA) para los efectos de variables sociodemográficas sobre síntomas de ansiedad y depresión	64
<b>Tabla 16.</b> Análisis de regresión múltiple que pronostica sintomatología depresiva	65
<b>Tabla 17.</b> Características sociodemográficas	91
<b>Taaba 18.</b> Análisis de varianza bifactorial por rangos para los efectos de la intervención cognitivo-conductual sobre variables dependientes	

### **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Respuestas de afrontamiento	61
<b>Figura 2.</b> Algoritmo de intervención	89
<b>Figura 3.</b> Puntaje de sintomatología ansiosa de las evaluaciones, pre-test, postest y seguimiento por participante.	92
<b>Figura 4.</b> Puntaje de sintomatología depresiva de las evaluaciones, pre-test, postest y seguimiento por participante.	93
<b>Figura 5.</b> Puntaje de fatiga de las evaluaciones, pre-test, postest y seguimiento por participante.	94

<b>Figura 6.-</b> Distribución de frecuencias de las respuestas de afrontamiento del total de las participantes en las evaluaciones pretest, postest y seguimiento	95
<b>Figura 7.</b> Frecuencia de pensamientos irracionales pre-test, postest y seguimiento por participante.	96
<b>Figura 8.</b> Frecuencia de síntomas (efectos secundarios) de la radioterapia pre-test, postest y seguimiento por participante.	97
<b>Figura 9.-</b> Frecuencia de práctica de ejercicio de relajación en cada semana	98
<b>Figura 10.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc1.	99
<b>Figura 11.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc2.	99
<b>Figura 12.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc3.	100
<b>Figura 13.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc4.	100
<b>Figura 14.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc5.	101
<b>Figura 15.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc6.	101
<b>Figura 16.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc7.	102
<b>Figura 17.</b> Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia Pc.	102

### **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> Consentimiento informado	135
<b>Anexo 2.</b> Entrevista de datos sociodemográficos	137
<b>Anexo 3.</b> Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS-R11	139
<b>Anexo 4.</b> Escala breve de Fatiga FACIT-R7	140
<b>Anexo 5.</b> COPE-17	141
<b>Anexo 6.</b> Efectos Secundarios de la Radioterapia (ESR)	142

<b>Anexo 7.</b> Escala de Pensamientos Molestos (ESPENMO)	143
<b>Anexo 8.</b> Escala breve de situaciones activadoras de estrés (EB-SITAC)	144
<b>Anexo 9.</b> Escala Visual Análoga de relajación (EVAR)	145
<b>Anexo 10.</b> Resumen del programa de intervención cognitivo-conductual para mujeres con cáncer de mama en radioterapia	146



*“El éxito consiste en obtener lo que se desea.*

*La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene”*

*Ralph Waldo Emerson*

## **Agradecimientos**

A **Nando**, mi gran compañero de vida con quien he compartido los sueños, las ilusiones, los logros, las preocupaciones, los sufrimientos. Tu amor, respeto, comprensión y apoyo alientan mi vida.

A **Ángel**, mi hijo, tu existencia me da día a día la oportunidad de agradecerle a la vida lo afortunada que soy.

A **Àxel y Diego**, mis nietos su presencia en mi vida me ha llenado de grandes alegrías y me motivan día a día.

A **Lucero**<sup>+</sup>, mi madre. Tu ausencia sólo es física porque tu esencia permanecerá en mí para siempre.

A **David**, mi padre por tu amor, apoyo y acompañamiento.

A mis hermanos, **Tere, Pily, David, José y Toño** por sus únicas y particulares muestras de amor constante.

Al **Dr. Juan José Sánchez Sosa** por haber aceptado guiarme a través de su experiencia, sabiduría y enorme calidad humana en esta gran y hermosa aventura de la investigación.

Al **Dr. Ariel Vite** por todos los conocimientos compartidos, por la confianza depositada, por los momentos de escucha. Por ser maestro, amigo y gran ser humano.

A la **Dra. Olivia Tena** por estar dispuesta en todo momento a compartir conocimiento, pero sobre todo, por estar dispuesta en todo momento a brindar tu apoyo, tu amor y tu amistad. He sido muy privilegiada durante todos estos años.

A la **Dra. Angélica Riveros** las experiencias y los conocimientos compartidos me ayudaron para entender que el camino del investigador no es fácil pero aún así puede ser muy satisfactorio.

Al **Dr. Juan Antonio González** por las constantes palabras de aliento y apoyo incondicional.

A **Mony**, excelente colaboradora y amiga, por haber aceptado formar parte de este proyecto e imprimírle a cada una de las actividades y los retos ese toque de entusiasmo, constancia, perseverancia, profesionalismo y creatividad. Por tu apoyo, paciencia, escucha y confianza en todo momento.

A **Agustín, Enrique, Nelly, Raquel** por su apoyo, pero sobre todo por brindarme su amistad y cariño. Lo logramos, la distancia no impide que nuestra amistad permanezca.

A **Claudia, Haydeé, Lucy y Erick** por aceptar colaborar en el proyecto y aportar en todo momento su toque personal, profesional y ético.

A **Lucía, Dulce, Fabiola, Claudia** su cariño ha sido fuente de motivación permanente.

A todos los chicos de la pandilla **Héctor, Carlos, Edgar, Said, Juan, Michelin, Aimé** por todas las horas de conocimiento compartido y por las largas y amenas charlas.

Al **Centro Médico Nacional Siglo XXI** por haber aceptado y autorizado la realización de este proyecto. Al Dr. Miguel Ángel Calva Espinoza por su gran apoyo dentro del Servicio de Radioterapia; a Bety por su apoyo y orientación.

Al **Psic- Onc. Humberto Bautista Rodríguez** por haber aceptado ser el vínculo a través del cual se hicieran los trámites de registro del proyecto en el CMN Siglo XXI. Por haber mantenido en todo momento una actitud ética personal y profesional en tu labor como responsable de registrar en el sistema la información resultante de la investigación. Pero sobretodo por estar siempre dispuesto a apoyar para tratar de reducir los obstáculos de logística que se presentaron dentro del Hospital.

Al Instituto Oncológico Mexiquense por otorgarme todas las facilidades para poder realizar la tercera fase del proyecto. Mi agradecimiento especial a la Sra. **Carlota Bravo** y a **Ana** por su permanente disposición y colaboración para que el trabajo de investigación fuera posible.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, mi agradecimiento eterno por darme la oportunidad de aprender a conocer, aprender a hacer y aprender a ser.

A **CONACyT** por hacer que el proyecto fuera posible al otorgarme el apoyo No. 42131

A todos mis compañeros y amigos de la Facultad por su compañía y apoyo incondicional dentro y fuera de las aulas.

A **Martha, Iveth, Alex, Alice, Enrique, Toño, Esperanza** su profesionalismo y apoyo incondicional hacen que la pendiente para llegar a la meta sea más fácil de escalar.

A **Todas y todos** (familiares y amistades) que han estado presentes en mi vida.

A todas las **mujeres con cáncer de mama** que aceptaron participar en la investigación con la esperanza de que la información que compartían fuera útil para ayudar a otras mujeres a disminuir su sufrimiento, y, quienes sin saberlo, al comunicarme sus experiencias de dolor, sufrimiento, desesperación, angustia, esperanza, deseos de luchar y de vivir me invitaban a reflexionar sobre lo verdaderamente importante de la vida

A **Jesús e Isidro**, gracias infinitas.

## Resumen

La radioterapia es uno de los tratamientos más efectivos para el control local de las neoplasias malignas. En el cáncer de mama, este tratamiento se aplica en todos los estadios de la enfermedad con el objetivo de curarla, controlarla o paliarla. A pesar de sus beneficios, las condiciones en las que se reciben las radiaciones y sus efectos secundarios pueden llevar al desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión y fatiga con el consecuente deterioro en su bienestar emocional y físico. Ante estas situaciones, es indispensable el empleo de respuestas de afrontamiento eficientes que permitan la adaptación y la disminución del malestar emocional. Las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado eficacia para disminuir el estrés originado por los tratamientos oncológicos y para mejorar habilidades de afrontamiento. Sin embargo, pocos estudios han evaluado los efectos de su aplicación en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. El objetivo general de la presente serie de estudios fue analizar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. Se realizaron tres estudios relacionados: en el primero se adaptaron y validaron en castellano tres instrumentos, 1) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); 2) Escala de fatiga "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Fatigue (FACIT-Fatigue)" y 3) Escala de afrontamiento Brief COPE-28. En el segundo se utilizaron estos instrumentos para evaluar y establecer la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión, fatiga; así como para conocer las respuestas de afrontamiento que emplean ante el hecho de tener cáncer de mama, recibir radioterapia y experimentar efectos secundarios del tratamiento. Los resultados indicaron que casi una tercera parte de las participantes presentó sintomatología. Se examinó la relación entre variables psicológicas, médicas y/o sociodemográficas. Resultaron como mejores predictores de estrés (ansiedad y depresión) la fatiga, autoinculpción, humor, escolaridad, efectos secundarios y semana de tratamiento. A partir de esta información se desarrolló y aplicó en el tercer estudio una intervención cognitivo-conductual basada en los componentes de psicoeducación, relajación respiración profunda y reestructuración cognitiva y se analizó su efecto sobre el estrés, la fatiga y las respuestas de afrontamiento. Participaron las primeras ocho mujeres con indicación médica de recibir 25 sesiones de radioterapia que completaron el protocolo; todas pacientes del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. La intervención constó de cinco sesiones de dos horas, una en cada semana de radioterapia y un seguimiento un mes después de finalizado el tratamiento. Con la prueba de rangos de Friedman se analizaron las puntuaciones de pre, post y seguimiento. La reducción en los puntajes de sintomatología ansiosa y fatiga fueron estadísticamente significativos. La ausencia de autoinculpción y la reducción en los niveles de fatiga tuvo efecto en la disminución de sintomatología depresiva. Prácticamente todas las participantes mostraron mejoría clínicamente significativa. Los hallazgos sugieren que aplicar una intervención cognitivo conductual a mujeres con cáncer de mama en radioterapia contribuye a disminuir estrés, fatiga y mejora las respuestas de afrontamiento.

**Palabras clave:** hospital, cáncer de mama, emoción, adaptación

# EFFECTS OF A COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND COPING STRATEGIES OF BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING RADIATION THERAPY

## Abstract

Radiation therapy is one of the most effective treatments used for the local control of malign neoplasms. In breast cancer this treatment can be applied to patients at any stage of the disease in order to cure it, control it or as a palliative procedure. Despite the benefits of radiation therapy, the clinical and personal conditions under which the procedure is implemented and its side effects tend to lead to the development of anxious and depressive symptoms, extreme fatigue, and deterioration of the patients' emotional and physical wellbeing. Under these conditions it becomes rather indispensable to display efficient coping responses aimed at improved adaptation and decreased emotional suffering. Cognitive-behavioral interventions have shown effectiveness in decreasing distress associated with oncological treatments and developing useful coping skills. Few studies, however, have examined their effects on breast cancer patients undergoing radiation therapy. Thus the purpose of the present series of three studies was to analyze the effects of one such intervention in patients under radiation treatment. The first study adapted and validated the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue (FACIT-Fatigue), and the Brief COPE-28 scale. The second study assessed the prevalence of symptoms and conditions covered by the said scales, including the patients' coping strategies with the knowledge of having breast cancer, receiving radiation therapy and experiencing the treatment side effects. Results revealed that nearly one third of patients showed anxiety and depression symptoms. Additional analyses on the association among medical, socio-demographic and psychological variables showed that the best predictors for distress (anxiety and depression) included fatigue, self-blaming, humor, schooling, side effects, and weekly (cumulative) radiation sessions. The third study developed and implemented a cognitive-behavioral intervention including psychoeducation, deep breathing relaxation, and cognitive restructuring, and evaluated their effects on distress, perceived fatigue and coping responses. The present dissertation presents the results from the first eight patients who completed all stages of the intervention. Participants received 25 sessions in a large public medical center in Mexico City. The intervention included five, two-hour weekly sessions, one for each week of radiotherapy and a follow up one month later. The Friedman ranks test applied to the scores yielded results showing statistically significant improvement on anxiety and fatigue. The reduction of self-blaming significantly improved depressive symptoms. Nearly all patients showed clinically significant improvement. Findings suggest that exposing breast cancer patients undergoing radiation therapy to a cognitive-behavioral intervention decreases distress and fatigue, and improves coping skills.

**Key words:** hospital, breast cancer, emotion, adaptive behavior.

## **Capítulo 1. Cáncer de mama**

### **Epidemiología**

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo. En 2008 la incidencia fue de 1.29 millones (Boyle & Levin, 2008) de los cuales el 45% de los casos fueron diagnosticados en países de bajos y medianos recursos (Porter, 2009). En las últimas dos décadas el número de personas que padecen esta enfermedad se ha incrementado notablemente. Se estima que una de cada 13 mujeres se ve afectada a lo largo de su vida por esta enfermedad (Torres-Arreola & Vladislavovna, 2007).

Entre las mujeres de países en vías de desarrollo esta neoplasia es una de las principales causas de muerte y discapacidad (Knaul, Nigenda, Lozano, Arreola-Ornelas, Langer & Frenk, 2009; Mathers, Lopez, Murray, 2006). En América Latina la incidencia y la mortalidad han aumentado de manera notoria debido al envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones reproductivos, una mayor exposición a los factores de riesgo y problemas para un acceso oportuno para su detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuados (Althius, Dozier, Anderson, Devesa & Brinton, 2005; Robles & Galanis, 2002).

### **El cáncer de mama en México**

Durante las últimas dos décadas la incidencia y mortalidad por cáncer de mama en nuestro país se ha incrementado de forma considerable (Aguayo-Alcaraz, Jiménez-Pérez, Celis-de la Rosa & Canales-Muñoz, 2008). Aún



cuando se considera a la edad como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de esta enfermedad, hay informes que sugieren la existencia de un patrón de incidencia en edades tempranas, con un porcentaje de casos mayor en las mujeres menores de 50 años (Martínez-Montañez, et al., 2009).

La edad promedio de las mujeres en la que se presenta el cáncer mamario en México es 10 años antes que la informada en países más desarrollados (Knaul, Arreola-Ornelas, Velázquez, Dorantes, Méndez, & Ávila-Burgos, 2009). La estructura de la pirámide poblacional señala que hay un gran número de mujeres que están arribando a la edad de riesgo. En 2010 la población total femenina era un poco mayor a los 57 millones y aproximadamente el 61% tenían 25 años o más (INEGI, 2010). Se calcula que para el año 2020 habrá más de 29 millones de mujeres mayores a 35 años (Rodríguez-Cuevas, Macías & Labastida, 2000).

A partir del 2006, esta neoplasia se ha convertido en la primer causa de muerte que afecta a las mujeres de entre 25 y más años (Valencia-Mendoza, Sánchez-González, Bautista-Arredondo, Torres-Mejía & Bertozzi, 2009), además la segunda causa de defunción en la población femenina de 30 a 54 años (Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva).

Del número de muertes que ocurrieron por esta neoplasia en 2001 a nivel nacional, 47% fueron en mujeres de 45 a 64 años. La Secretaría de Salud calculó que se perdieron un promedio de 21 años de vida productiva que

tuvieron efecto económico de más de 3 billones de pesos (Rodríguez & Capurso, 2006).

En el caso de mujeres jóvenes, la enfermedad ha sido asociada con una menor supervivencia, pobre adaptación psicológica y la pérdida de años de vida saludables (AVISA) y productivos (Knaul et al., 2009b).

La frecuencia de presentación de cáncer de mama se ve afectada por factores como cambios en el estilo de vida ("occidentalización"), nivel socioeconómico y cultural (Rodríguez & Capurso, 2006). Los mayores índices de mortalidad se observan en algunos estados del norte como Nuevo León, Jalisco, Baja California, así como en el Distrito Federal (Aguayo-Alcaraz, et al., 2008; Knaul, et al., 2009). En estados pobres como Chiapas, Oaxaca, Puebla y Guerrero, el riesgo de morir por cáncer de mama es muy cercano al de cáncer cérvicouterino (Martínez-Montañez, et al., 2009).

## **Radioterapia**

La radioterapia es un tratamiento esencial que contribuye a la cura o paliación de muchos pacientes con cáncer. Las investigaciones sugieren que aproximadamente el 50% de quien tiene este padecimiento deberá ser tratado con radioterapia externa en algún momento (Delaney, Jacob, Featherstone & Barton, 2005).

En los países con ingresos altos, el tratamiento se administra a mucho más del 50% de los pacientes con algún tipo de neoplasia. En los países con bajos y medianos recursos, la necesidad de su aplicación es incluso mayor debido a que la mayoría de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas y frecuentemente los pacientes se encuentran muy débiles para recibir

quimioterapia o el tamaño del tumor es tan grande que no es posible que sean operados (Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA): Programa de atención para la terapia contra el cáncer (PACT), 2007).

Se utiliza como tratamiento único o en combinación con otros tratamientos oncológicos con la finalidad de obtener un resultado óptimo en aquellas situaciones en que el paciente sea candidato a recibirlo teniendo en cuenta su estado de rendimiento y la presencia o ausencia de comorbilidades (Delaney, Barton & Jacob, 2003).

En el tratamiento del cáncer de mama, la terapia de radiación tiene un papel importante en todos los estadios de la enfermedad ya que su aplicación es útil para la curación, control o paliación (Scottish Executive Health Department, 2005) De acuerdo con cálculos realizados por instituciones internacionales la proporción de mujeres con cáncer de mama que debe recibir radiaciones es del 83% (Delaney et al, 2003). Sin embargo, en los países en desarrollo este porcentaje es menor debido a que no existen suficientes equipos y profesionales capacitados (ElBaradei (2007),

### **Situación actual**

Las Instituciones públicas y privadas unen sus esfuerzos para brindar atención médica a la población femenina que padece cáncer. Casi 21 millones de mujeres de 25 o más años es derechohabiente de algún tipo de servicio de salud entre los que se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que proporciona atención médica a una tercera parte de las mujeres de 12 o más años (INEGI, 2010).

En un país como México con una población femenina de 25 o más años cercana al 60% de la población total, el cáncer de mama constituye un problema de salud pública y se ha convertido en uno de los principales desafíos para el sistema de salud (Knaul, Arreola-Ornelas, Velázquez, Dorantes, Méndez & Ávila-Burgos, 2009; Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga & Hernández-Ávila, 2009).

El aumento de casos con diagnósticos en etapas avanzadas que se caracterizan por una pobre respuesta al tratamiento, altas tasas de recurrencia y metástasis a distancia (Secretaría de Salud, 2008) tiene graves implicaciones como la disminución de probabilidad de supervivencia a cinco años, tratamientos más intensivos y de mayor complejidad; así como un alto costo emocional, social y económico principalmente para las mujeres que lo padecen pero también para la familia, la sociedad y el país (Knaul et al., 2009<sup>a</sup>).

El notable incremento de los porcentajes de incidencia del cáncer de mama, y, particularmente en una ciudad como el Distrito Federal donde se presenta el porcentaje más alto de mujeres con este padecimiento; pone de manifiesto la necesidad de desarrollar trabajos de investigación que permitan establecer programas eficientes de atención temprana, tratamientos oncológicos de alta calidad y atención psicológica oportuna como elementos indispensables que pueden permitir brindar trato digno, cálido, pero sobre todo atención de mayor calidad a nuestras mujeres mexicanas.

## Capítulo 2

### Principales síntomas de malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama

El cáncer de mama es una experiencia que resulta altamente estresante para quien la padece. Genera un gran impacto en la vida de las mujeres debido a que afecta su imagen corporal, causa discapacidad física, altera su sexualidad y sus actividades diarias (Ang & Khoo, 1993).

El impacto emocional y psicológico que experimentan las mujeres no sólo se centra en el hecho de saber que tienen la enfermedad y experimentar los síntomas, sino también a que deben someterse a tratamientos oncológicos agresivos en condiciones que resultan incómodas, altamente demandantes de su tiempo y que además les generan una gran cantidad de efectos secundarios que merman aún más su bienestar físico y emocional (Amayra, Etxeberria, & Valdosedá, 2001).

#### **Distrés**

La literatura de investigación reporta que al menos la mitad de las mujeres con cáncer de mama experimenta distrés (Kornblith & Ligibel, 2003). Este se define como una experiencia emocional displacentera de naturaleza psicológica (cognitiva, emocional, conductual), social y/o espiritual que puede interferir con la habilidad de enfrentar de forma efectiva al cáncer, los síntomas y los tratamientos. El distrés se extiende a lo largo de un continuo que va de sensación de vulnerabilidad, tristeza y miedo a problemas que pueden llegar a ser incapacitantes como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y

crisis existencial y espiritual (National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel, 2009).

### **Ansiedad y depresión síntomas de distrés psicológico**

Los índices de prevalencia de distrés en pacientes oncológicos están asociados a diferentes factores que pueden ser agrupados en tres grandes categorías : factores derivados del cáncer como: tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, pronóstico y tratamientos; factores derivados del paciente entre los que se encuentran los recursos personales para el afrontamiento y el apoyo social recibido; y los factores derivados de la sociedad y la cultura tales como la conceptualización del cáncer, las creencias populares sobre la enfermedad y sus causas, así como la apertura para hablar del tema (NCI, 2009).

La literatura de investigación reporta que los porcentajes más altos de distrés los presentan las mujeres con cáncer de mama y cáncer ginecológico (Pinder et al., 1993; Aunchincloss & Mc Cartney, 1998; Rowland & Massie, 1998; Mc Phail & Wilson, 2000). Ansiedad y depresión son los principales síntomas de distrés psicológico encontrados en diversos momentos del proceso de la enfermedad y los tratamientos. Reuter et al. (2007) reportaron una prevalencia de 23% y 24% para depresión y ansiedad respectivamente en mujeres hospitalizadas con cáncer de mama y cáncer ginecológico; y de 15% y 23% para pacientes ambulatorias.

Antes de la cirugía se han encontrado índices de 26% para depresión y 59% para ansiedad en mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko & Furmonavicius, 2008). En un estudio

observacional a cinco años para evaluar la prevalencia y los factores de riesgo para depresión y ansiedad se reportó que cerca del 50% de las mujeres presentaron sintomatología dentro del primer año de haber recibido el diagnóstico, en el segundo, tercero y cuarto años el porcentaje fue del 25% y en el quinto año fue del 15% (Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards & Ramirez, 2005).

En mujeres con cáncer de mama metastásico Mosher & DuHamel (2012) encontraron que 61% de las pacientes fueron clasificadas con distrés por presentar síntomas de ansiedad y depresión. En pacientes con tratamiento de quimioterapia la prevalencia obtenida por Zainal, Hui & Bustam (2007) fue del 32% en 168 pacientes donde más de la mitad tenían diagnóstico de cáncer de mama.

En la radioterapia los índices varían dependiendo el momento en que se realice la evaluación, Antes de la radioterapia Steigelis et al., (2004) reportaron que en tres estudios dos de los cuales se hicieron con mujeres con cáncer de mama el rango fue de 10% a 20% para ansiedad y de 1.5% a 8% para depresión. Cuando la evaluación se ha realizado en pacientes con diferentes tipos de neoplasias donde se incluyen el cáncer de mama los índices fueron fue de 9% para síntomas de depresión y 13% para ansiedad (Aass, Fossa, Dahl & Moe, 1997).

### **Factores de distrés psicológico en la radioterapia**

Prolongar la supervivencia, mejorar el control del tumor localizado y reducir la mortalidad son algunos de los objetivos del uso de la radioterapia en

mujeres con cáncer de mama (Vinh-Hung & Verschraegen, 2004). A pesar de sus beneficios médicos, estar sometida a radioterapia implica una serie de condiciones tales como: acudir de lunes a viernes al hospital por un periodo de cinco semanas, sujetarse a un horario asignado para recibir el tratamiento, permanecer solas, aisladas y en posiciones incómodas mientras son radiadas, tener limitaciones para realizar actividades habituales y experimentar los efectos del tratamiento. Estas situaciones constituyen retos que pueden resultar difíciles de enfrentar y dar como resultado malestar psicológico (Hickok, Morrow, Roscoe, Mustian, & Okunieff, 2005; Knobf & Sun, 2005; Schnur, David, Kangas, Green, Bovbjerg, & Montgomery, 2009).

En investigaciones realizadas para conocer los efectos psicológicos de la terapia de radiación, Söllner, Maislinger, König, DeVries y Lukas (2004) encontraron que 31% de las mujeres con cáncer de mama presentaron niveles moderados a severos de afecto negativo. Mose, Budischewski, Rahn, Zander-Heinz, Bormeth y Bottcher (2001) reportaron que del 40% - 48.7% de las pacientes tenían ansiedad por el hecho de recibir radioterapia, y Rahn et al. (1998) hallaron que el 54% -69.1% mostraban ansiedad por los posibles efectos secundarios y el 40.5% por los efectos negativos del tratamiento sobre la apariencia de sus senos. Al preguntarles sobre las condiciones del tratamiento 33% de las pacientes manifestaron sentir impotencia cuando se encontraban solas en el acelerador lineal, el 22.7% reportaron que la habitación del acelerador les parecía amenazante, y el 40.5% había sentido angustia por el tratamiento (Mose et al., 2001). En los estudios donde la evaluación se realizó en el primer día y al final del tratamiento Rahn et al., (1998) reportaron que el 40% de las pacientes se sentía ansiosa por estar recibiendo radioterapia



y 54% tenía miedo a los posibles efectos de las radiaciones; En el último día 38% de las pacientes presentó distrés generado por la terapia de radiación y 19% manifestó haber sentido ansiedad la mayor parte del tiempo durante todo el tratamiento. En contraste, Leopold et al., (1998) encontró que los síntomas de depresión fueron la principal causa de distrés durante la primer semana de radioterapia.

De los efectos secundarios generados tanto por la enfermedad como por el tratamiento, la fatiga es el síntoma que más distrés ocasiona. Smets et al. (1998) hallaron esta asociación en el 46% de los pacientes. Brown & Kroenke (2009) evaluaron 59 estudios y encontraron que independientemente de los instrumentos que se utilizaron para evaluar fatiga, casi todos los resultados reportaban fatiga asociada a distrés. Stone, Richards, A'Hern & Hardy, (2001).

### **Fatiga (CRF) Cancer Related Fatigue**

La fatiga relacionada al cáncer (CRF- Cancer Related Fatigue) se experimenta como un fenómeno multidimensional que afecta las áreas física, cognitiva, afectiva y conductual de quien la padece (Glaus, Crow, & Hammond, 1996; Ream & Richardson, 1997). Se define como “un inusual y persistente sentido subjetivo de cansancio o agotamiento que está relacionado al cáncer y al tratamiento; no es proporcional a la actividad reciente e interfiere con el funcionamiento del individuo” (Mock, 2001; Mock, Piper, Sabbatini, & Escalante, 2000). Se caracteriza por sentimientos de cansancio, debilidad y falta de energía (Stone, Richards, A'Hern & Hardy, 2001). A diferencia de la fatiga que se experimenta por las personas sanas, la fatiga relacionada al

cáncer no se quita con el descanso o durmiendo, y no corresponde con el nivel de actividad que se realiza.

En pacientes oncológicos se considera a la fatiga no sólo como un síntoma de la enfermedad, sino como un efecto secundario de los diversos tratamientos médicos. En la literatura de investigación se ha reportado que la prevalencia de fatiga en pacientes con diferentes tipos de cáncer es mayor a un 65% (Peck & Boland, 1977). El porcentaje de pacientes que reporta este síntoma cuando se encuentra recibiendo tratamiento como quimioterapia, radioterapia o bioterapia alcanza de un 70 a 100 por ciento (Irvin, Vincent, Graydon & Bubela, 1998).

La duración del síntoma puede extenderse más allá del periodo de tratamiento. En un estudio realizado en pacientes radiados con diferente tipos de neoplasia, se realizaron entrevistas semanales durante el tiempo que duró la terapia de radiación y tres meses después de que finalizó, King et al., (1985) hallaron que la fatiga había sido experimentada por un porcentaje importante de pacientes, el rango era de 72% en mujeres con cáncer ginecológico hasta 93% en pacientes radiados en el pecho.

### **Fatiga y radioterapia**

La radioterapia es un tratamiento que puede generar efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo. Uno de los síntomas que se encuentra presente en todos los momentos incluso antes del inicio del tratamiento es la fatiga.

En la terapia de radiación los niveles de éste síntoma se incrementan significativamente conforme transcurren las semanas de tratamiento y

permanecen aún después de varios meses o años con el consecuente impacto en la calidad de vida de las pacientes.

Los porcentajes de personas que presentan este síntoma cuando son tratados con radioterapia varía dependiendo el momento en que se evalúe y el tipo de cáncer que se esté tratando. Sin embargo, de manera general el índice de pacientes que tiene este síntoma es alto. Se ha reportado incluso que el 90% que han sido tratados con radioterapia manifiesta sentir fatiga (Hofman, Ryan, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre & Morrow, 2007).

En las mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia o radioterapia, la fatiga es el síntoma más prevalente y debilitante que experimentan (Mock, 2001; Mock et al., 2005) y es el principal factor que afecta la calidad de vida tanto durante como después del tratamiento. Los índices que se han encontrado en mujeres con cáncer de mama libres de enfermedad es de 17% (Cella et al, 2001) y 21 % (Sadler et al., 2001). Por otra parte, Irvin, Vincent, Graydon & Bubela (1998), reportaron que los niveles de fatiga de 76 pacientes con cáncer de mama que recibieron radioterapia externa se incrementaron significativamente en el curso del tratamiento. Los niveles más altos se observaron en la última semana de la radioterapia. En la evaluación que se realizó a los tres meses de haber finalizado las radiaciones, la fatiga reportada fue similar a la que presentaban antes de iniciar el tratamiento. En un estudio donde el 64% de las pacientes tenía diagnóstico de cáncer de mama se evaluó este síntoma en cuatro momentos (antes del tratamiento, en la última semana de tratamiento, al mes y a los tres meses posteriores a las radiaciones). Los resultados mostraron que el síntoma era mayor al final del tratamiento. Los puntajes reportados al mes y a los tres meses también fueron

más altos que los que presentaban antes de iniciar la radioterapia (Åhsberg & Furst, 2001).

### **Afrontamiento**

De acuerdo con Lazarus & Folkman (1984) el estrés es resultado de una relación entre la persona y el ambiente que es evaluada como desbordante para los recursos y, por lo tanto, pone en peligro el bienestar. Este resultado está conformado de tres procesos. El proceso de evaluación primaria en el que la persona valora lo que está en juego ante la situación (daño potencial a la autoestima, a la salud física propia o de un ser querido, etc.), y las propias características personales tales como valores, compromisos, metas y creencias sobre sí misma, sobre el mundo y los demás, las cuales ayudan a identificar lo que es relevante para el bienestar en situaciones estresantes concretas. La evaluación secundaria, proceso en el que se evalúan los recursos que se tienen para prevenir, superar un daño o para mejorar las perspectivas; se considera la posibilidad de cambiar la situación, aceptarla, buscar información o realizar acciones. Finalmente, el proceso de afrontamiento donde se realizan aquellas respuestas que se contemplaron en las evaluaciones previas.

En el afrontamiento se denotan los esfuerzos cognitivos e instrumentales (conductuales) que una persona realiza para manejar (mitigar, minimizar, sobreponerse o tolerar) las demandas internas y externas en la relación persona-ambiente evaluadas como desbordantes. Sus funciones medulares son: hacerle frente al problema que está causando distrés, (afrontarlo en tanto problema) y regular la emoción, (afrontamiento dirigido a la emoción generada por el estresor) (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Aunque la mayoría de los estresores generan ambas respuestas de afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1980, 1985), es posible que predomine alguno de ellos. Cuando el individuo considera que puede hacer algo para cambiar la situación suelen predominar los esfuerzos dirigidos al problema; mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción se emplea en mayor medida cuando se evalúa que la situación no puede cambiarse y hay que vivir con ella.

El afrontamiento es entonces un proceso en el que se realizan esfuerzos constantes para manejar el estrés psicológico generado ante una situación. Esta formulación hace énfasis en que los esfuerzos de afrontamiento son independientes de sus resultados, los cuales pueden ser adaptativos o adecuados cuando se logra regular el estrés y las emociones; o como inadecuados e ineficaces cuando el estrés se mantiene y las emociones resultantes alteran el bienestar emocional (Lazarus, 1993).

### **Afrontamiento y cáncer**

Mages & Mendelson (1979) definen al cáncer como un estado prolongado de estrés que puede iniciar con la sospecha de enfermedad o el diagnóstico confirmado y se extiende a los tratamientos quirúrgicos, médicos, el periodo libre de enfermedad y la sobrevivencia. Durante todos estos procesos las personas con cáncer se enfrentan constantemente al sufrimiento, al deterioro y a la muerte (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). Estas experiencias pueden generar un conjunto de preguntas acerca de sí mismas, de los demás y del mundo que pueden dar como resultado distrés psicológico (Quartana, Laubmeier & Zakowski, 2006). La adaptación a las alteraciones generadas en

la vida de las personas con cáncer está en relación con las respuestas de afrontamiento que empleen (Spencer, Carver & Price, 1998).

### **Respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama**

La literatura de investigación reporta numerosos estudios que se han realizado en pacientes oncológicos para conocer las formas que tienen de responder ante los diferentes estresores (diagnóstico, cirugía, tratamientos médicos, efectos secundarios, periodos libres de enfermedad, recurrencia, metástasis) a los que se enfrentan, así como las variables psicosociales que están relacionadas con la adaptación.

Considerando a la edad como predictor de adaptación, algunos estudios indican que las mujeres jóvenes con cáncer de mama presentan niveles más altos de distrés (Mosher and Danoff-Burg, 2005), sin embargo, estas diferencias no han sido significativas (Osborne, Elsworth & Hopeer, 2003). En el caso del nivel socioeconómico, varios estudios han reportado que las personas con nivel socioeconómico alto y mayor escolaridad presentan menor distrés (Carver & Antoni, 2004; Osborne et al., 2003, Parker, Baile, De Moor & Cohen 2003). Sin embargo, existen otras investigaciones que han hallado lo contrario (Hegelson, Cohen, Schulz & Yaski, 2000).

El estadio de la enfermedad y el tratamiento médico también han mostrado diferentes resultados. Waldmann et al., (2007) encontraron que los pacientes con cáncer en estadio avanzados presentan mayores dificultades de adaptación (Waldmann, Fritzkuleit, Raspe & Katalinic, 2007), en cambio, Carver et al., (2005) no encontraron tal asociación. Por otra parte, se ha encontrado que la valoración subjetiva de síntomas físicos y el funcionamiento son

predictores de adaptación ( Lethborg, Aranda, Cox & Kissane, 2007; Manne, Glassman & Du Hammel, 2001).

Uno de los recursos que se considera muy importante es el apoyo social debido a que es una forma tangible e intangible de asistencia que se recibe de familiares y amigos (Lazarus & Folkman, 1984). Hay estudios que han encontrado que los pacientes con cáncer que tienen apoyo social presentan menos distrés y mayor bienestar, en comparación con aquellos que cuentan con poco apoyo social (Crothers, Tomter & Garske, 2005; Hegelson, Snyder & Setlman, 2004; Schnoll, Knowles & Harlow, 2002).

Las investigaciones también han puesto especial interés encontrar estrategias de afrontamiento que predicen distrés. Epping-Jordan et al. (1999) examinaron el proceso de adaptación psicológica en 80 mujeres con cáncer de mama. Encontraron que en el diagnóstico una actitud poco optimista era predictora de síntomas de ansiedad y depresión la cual estaba parcialmente mediada por respuestas de desconexión. En mujeres jóvenes la edad también predijo estos síntomas que estaban mediados por la magnitud de pensamientos intrusivos. A los tres meses los cambios en el distrés psicológico se predijeron solamente por los pensamientos intrusivos; mientras que a los seis meses bajo optimismo volvió a ser predictor de cambios en la sintomatología ansiosa y depresiva la cual estaba mediada por respuestas de afrontamiento de desconexión. En otro estudio McCaul et al., (1999) evaluaron 61 mujeres en dos momentos, dentro de los tres meses posteriores al diagnóstico y cuatro meses después para examinar posibles predictores de

adaptación. Los resultados arrojaron que la evitación era un predictor consistente de distrés.

De acuerdo con la literatura las respuestas de afrontamiento pueden ser distintas dependiendo de la situación y de la valoración de la relación entre el medio y la persona. Carver et al., (1993) evaluaron en 59 mujeres con cáncer de mama las respuestas de afrontamiento y los niveles de distrés que presentaban ante la cirugía. La evaluación se hizo en diferentes momentos (antes de la cirugía, después de la cirugía, a los 3, 6 y 12 meses) los resultados reportaron que la aceptación y el humor eran predictores de decremento en el distrés; mientras que la negación y la desconexión predecían incremento. Aceptación, revaloración positiva y el uso de religión fueron las respuestas más frecuentes, mientras que la negación y la desconexión fueron las menos empleadas. En un estudio más reciente Culver et al., (2002) evaluaron 131 mujeres de diferentes orígenes étnicos. Examinaron afrontamiento y distrés en cinco momentos (antes de la cirugía, después de la cirugía, a los 3,6 y 12 meses). Las mujeres afroamericanas reportaron los niveles más bajos de distrés (particularmente antes de la cirugía), pero altos niveles de respuestas relacionadas con la religión. Las mujeres hispanas reportaron como respuestas de afrontamiento más frecuente la autodistracción, la ventilación y el uso de la religión; en el caso de mujeres blancas no hispanas el humor fue la respuesta más frecuente. En los estudios que se han realizado para conocer predictores de distrés en la radioterapia, Sohl et al., (2011) reportaron que el pesimismo, las expectativas, ser de origen latino, el estadio de la enfermedad y haber sido mastectomizada fueron variables que explicaban en gran medida la



preocupación emocional que experimentaban las mujeres con cáncer de mama antes de la radioterapia. También se han examinado las respuestas de afrontamiento tomando en consideración el estar recibiendo radioterapia y el área geográfica de procedencia, Schlegel et al., (2009) hicieron un estudio comparativo con mujeres con cáncer de mama de zonas rurales y urbanas. Encontraron que el afrontamiento activo y la revaloración positiva relacionaron negativamente con los síntomas de distrés en las pacientes de zonas rurales, no así en las de zonas urbanas; en ambos grupos hubo relación entre la desconexión conductual y los síntomas de depresión, sin embargo, la asociación fue más alta en las mujeres de zonas rurales.

Los datos también han sido examinados tomando en cuenta variables sociodemográficas. Schlegel et al., (2012) evaluaron a 225 mujeres con cáncer de mama que recibieron radioterapia. Los resultados revelaron que las mujeres que no eran casadas, con niños y que tenían que viajar largas distancias para recibir las radiaciones reportaron los niveles más altos de sintomatología depresiva. Las mujeres con bajos ingresos reportaron incremento en los síntomas depresivos después de haber finalizado el tratamiento. En las mujeres jóvenes altos niveles de síntomas fueron reportados al inicio del tratamiento; los cuales disminuyeron después de haberlo finalizado.

### **Justificación**

En el tratamiento del cáncer de mama la radioterapia juega un papel importante en todos los estadios de la enfermedad debido a que es utilizada para su cura, control o paliación. A pesar de los beneficios médicos que ofrece recibir este tratamiento, la literatura de investigación reporta que vivir la

experiencia puede generar distrés psicológico que se caracteriza principalmente por síntomas de ansiedad y depresión que están asociados a varios factores como; 1) fatiga; 2) a las condiciones en que reciben las radiaciones; 3) cambios que realizan en sus vidas para poder asistir al hospital; 4) efectos secundarios de la radioterapia; y 5) las respuestas de afrontamiento empleadas.

Por ello, ante el notable incremento que ha tenido el cáncer de mama en nuestro país y teniendo en cuenta que la radioterapia es uno de los tratamientos oncológicos que está indicado en todos los estadios de la enfermedad; es importante realizar una evaluación diagnóstica que nos permita conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, fatiga; así como las respuestas de afrontamiento que emplean las mujeres mexicanas con cáncer de mama cuando se encuentran sometidas a radioterapia; así como analizar los factores psicosociales que se asocian a su malestar emocional y dificultan la adaptación. Esta información resultaría relevante para el desarrollo de estrategias terapéuticas específicas que tengan como objetivo modificar las variables que ocasionan decremento en la calidad de vida en esta población.

Por lo tanto, se establecen las siguientes fases de trabajo en esta investigación:

1. Adaptación y validación de escalas psicológicas en mujeres con cáncer de mama en radioterapia.

2. Análisis y prevalencia de distrés psicológico (ansiedad y depresión), fatiga y respuestas de afrontamiento.
3. Análisis de los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre los síntomas de ansiedad, depresión, fatiga y las respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama durante la radioterapia.

## Estudio 1

### **Adaptación y validación de instrumentos psicológicos para evaluar síntomas de ansiedad, depresión, fatiga y respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia.**

Se encuentra ampliamente documentado que los principales síntomas que manifiestan los pacientes con cáncer son ansiedad, depresión y fatiga; y que estos están asociados a su vez con algunas estrategias de afrontamiento. El interés por evaluar estos síntomas en diferentes momentos del proceso del cáncer y establecer su prevalencia ha ido en aumento. Sin embargo, los resultados presentan una gran variabilidad por factores como el tipo de cáncer (Zabora et al., 2001), el tratamiento (Aass et al., 1997; Mosher et al., 2012; Steigelis et al., 2004, Zainal et al., 2007), el origen étnico (Culver et al., 2002; Fillion et al., 2002, Frick et al., 2006; Osborne et al., 2003); incluso en estudios donde se ha utilizado el mismo instrumento (Culcer et al.; Fillion et al.; Shapiro et al., 2011).

Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de validar aquellos instrumentos que de acuerdo con la literatura de investigación cuentan con adecuada consistencia interna y han mostrado ser de gran utilidad para la evaluación de pacientes oncológicos, así como sensibles a los cambios que presentan las variables.

En población con neoplasias y particularmente en la población femenina con cáncer de mama y cáncer cérvico uterino se reportan los índices de distrés más altos (McPhail & Wilson, 2000). Un instrumento que ha sido

ampliamente utilizado para evaluar ansiedad y depresión en pacientes oncológicos es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Esta escala ha sido traducida y validada a varios idiomas y ha sido ampliamente utilizada en mujeres con cáncer de mama en diferentes momentos del proceso tales como: estar hospitalizado o ser paciente ambulatorio (Aass et al., 1997; Reuter, Raugust, Marschner, & Härter, 2007); después de los tratamientos oncológicos (Costanzo, Lutgendor, Mattes, Trehan, Robinson, Tewfik & Roman, 2007). Antes de la radioterapia (Steigelis et al., 2004); durante la radioterapia (Mindy, Krischer & Ping, 2008); al principio y final de la radioterapia (Stone, Richards, A'Hern, & Hardy, 2001); en la etapa de seguimiento (Neipp, López-Roig, Terol & Pastor, 2008). Los resultados muestran altos índices de confiabilidad y validez, por lo que se considera una herramienta útil para la evaluación de distrés.

En los pacientes con cáncer el diagnóstico, los tratamientos y los efectos secundarios son descritos como situaciones altamente estresantes para quien los padece (Golden-Kreutz & Andersen, 2004). Las respuestas de afrontamiento muestran una asociación importante con el distrés psicológico que presentan las pacientes con cáncer de mama (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001; Fillion, Kovacs, Gagnon & Endler, 2002).

El inventario de afrontamiento Brief-COPE 28 (Carver, 1997) evalúa afrontamiento como la respuesta que emiten los individuos ante una situación específica. En mujeres con cáncer de mama en radioterapia esta escala ha sido validada con población francocanadiense (Fillion et al., 2002), se ha utilizado para realizar estudios comparativos en mujeres de diferente grupo

étnico (Culver et al., 2002), así como en mujeres norteamericanas para establecer su asociación con ansiedad y depresión (Shapiro et al., 2011). La escala ha mostrado buenos índices de confiabilidad y validez.

La fatiga (CRF- Cancer Related Fatigue) que se presenta en los pacientes con cáncer es de origen multifactorial, la intensidad y el grado en que ésta afecta la funcionalidad está determinada por la evaluación subjetiva de cada individuo. Algunas escalas se construyen como listas de chequeo, otras incluyen reactivos que evalúan la medida en que se afecta la funcionalidad conductual, cognitiva, física y emocional del individuo. Dentro de esta dimensión se encuentra la escala Functional Assessment of Cancer Therapy- Fatigue (Cella, et al., 1989). Este instrumento de evaluación ha sido ampliamente utilizado para evaluar fatiga en pacientes con diversos padecimientos oncológicos en momentos previos, durante y posteriores al tratamiento. Los índices de confiabilidad obtenidos en las traducciones y adaptaciones a más de 45 idiomas confirman que es una herramienta que tiene una adecuada consistencia interna y que puede ser utilizada como una herramienta confiable para evaluar el síntoma y los cambios que en él se presenten.

El incremento de mujeres que padecen cáncer de mama en nuestro país, pone de manifiesto la necesidad de contar con instrumentos psicológicos cuyas características psicométricas sean confiables para poder examinar la prevalencia de distrés, fatiga y afrontamiento, así como que sean útiles para identificar a aquellas mujeres en riesgo de o que tengan niveles clínicos de

sintomatología que genera malestar emocional y que permitan evaluar los cambios resultado de las intervenciones psicológicas.

## **Objetivo**

Adaptar y validar los instrumentos Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Fatigue (FACIT-Fatigue), Brief COPE para evaluar sintomatología ansiosa, depresiva, fatiga y respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia.

## **Tipo de estudio y diseño**

Estudio instrumental

Esta investigación fue aprobada por la Comisión de Ética de la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Los resultados de cada una de las escalas se presenta por separado.

## **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)**

## **Método**

### ***Participantes***

Participaron 275 mujeres (catorce del Hospital Juárez de México y 261 del Centro Médico Nacional Siglo XXI) rango (27-91 años) con una media de 53 y DE 11.6 con cáncer de mama en radioterapia. Los criterios de inclusión para el estudio fueron indicación médica de recibir 25 sesiones de radiación, estar recibiendo radioterapia y dar consentimiento verbal de participar en el estudio.

**Medición**

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) es una escala de autorreporte que consta de 14 reactivos y dos subescalas cada una con siete reactivos. Los reactivos noes corresponden a la subescala de ansiedad y los reactivos pares a la subescala de depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0-3 para un total de 0-21 puntos por subescala. Mayores puntuaciones corresponden a mayores niveles de ansiedad y depresión. Los puntos de corte de la escala original indican que puntuaciones de 0-7 para cada subescala significa que no hay depresión o ansiedad clínica, de 8-10 se consideran posibles casos o un nivel leve, de 11-14 indican casos clínicos o nivel moderado y de 15-21 indican casos clínicos graves o nivel grave de ansiedad o depresión.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) ha sido ampliamente utilizada en escenarios oncológicos como un herramienta útil para la evaluación y el diagnóstico, así como para la investigación (Johnston, Pollard, Hennessey, 2000; Lloyd-Williams, Friedman, Rudd, 2001; López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Arcila-Martínez, Sierra-Ovando, et al., 2002; Love, Kissane, Bloch, & Clarke, 2001; Nordin, Berglund, Glimelius & Sjoden, 2001). En estudios en mujeres con cáncer de mama se ha aplicado este instrumento para establecer los índices de prevalencia, en algunos casos utilizando los puntos de corte establecidos por los autores de la escala (Zigmond & Snaith, 1983); en otros determinando los puntos de corte específicos para cada población.



***Adaptación al Español***

Se realizó la traducción al español por una psicóloga del área de psicooncología y se sometió la versión a un procedimiento de evaluación por diez jueces del área de psicología de la salud para analizar la equivalencia y pertinencia del lenguaje y de las opciones de respuesta de todos los reactivos. El criterio utilizado para dejar el reactivo fue 80% de acuerdo entre jueces. La escala se piloteó con 72 pacientes y ningún reactivo presentó dificultad para su comprensión y respuesta.

***Procedimiento***

Se acudía a las salas de radioterapia del Hospital Juárez de México y del Centro Médico Nacional Siglo XXI para checar con los técnicos cuáles eran las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que estuvieran recibiendo tratamiento de radioterapia. Si las pacientes estaban recibiendo su sesión de radioterapia se les esperaba a que salieran para invitarlas a participar. Si las pacientes estaban en la sala de espera, se llamaba y se les informaba que se estaba realizando una investigación con las pacientes con cáncer de mama que estuvieran recibiendo radioterapia y se les invitaba a participar. A todas las pacientes se les explicaba que éramos psicólogas que veníamos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que se estaba realizando una investigación de nivel Doctorado y que el objetivo de la entrevista era conocer los síntomas que presentaban mientras estaban recibiendo su tratamiento de radioterapia para más adelante poder ofrecer apoyo psicológico a las pacientes que acudieran a recibir radiaciones. Se les explicaba que la información que nos proporcionaran sería totalmente confidencial y que los datos se utilizarían con fines estadísticos y clínicos para

el desarrollo de una intervención psicológica. Si aceptaban participar se les esperaba a que pasaran a su sesión de radioterapia y posteriormente eran entrevistadas en el aula de enseñanza, en el salón dedicado a archivo y en el área de planeación del Servicio de Radioterapia. Lo anterior para garantizar la confidencialidad de la información que nos proporcionaran. La entrevista y la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se hacía de manera individual.

### **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete SPSS (versión 18). La consistencia interna se calculó mediante la prueba alpha de Cronbach. Para identificar la estructura factorial de la escala (dos factores) y evaluar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio con los 14 reactivos utilizando el método de componentes principales y rotación Varimax. Se estableció .30 como criterio de carga factorial para considerar que los reactivos cargaban en un factor. Se realizó un segundo análisis factorial confirmatorio. Los puntos de corte fueron calculados mediante percentiles y los valores de media y desviación estándar.

## **Resultados**

### **Estudio descriptivo de las medidas de Ansiedad y Depresión**

Las puntuaciones obtenidas para cada subescala se encuentran por debajo de los valores teóricos de la escala HADS (ver tabla 1).

Tabla 1

## Ansiedad y Depresión datos descriptivos

	n	Media (DE)	Rango-teórico	Rango-muestral
HADS-Ansiedad	275	6 (3.6)	0 – 21	0 – 19
HADS-Depresión	275	5 (3.8)	0 – 21	0 - 17

## Análisis Factorial exploratorio

Se calculó la consistencia interna de la escala con los 14 reactivos y se obtuvo un alfa de Cronbach  $\alpha = .84$ . Se estableció como criterio cargas factoriales mayores a .30 para realizar el AFE con rotación Varimax.

Se obtuvieron tres factores que explicaron el 52.25% de la varianza total. En el primero se encuentran los reactivos R4, R12, R2, R6, R14, R7 y R10. Seis pertenecen a la escala de Depresión y uno R7 a la escala de ansiedad. En el segundo factor cargaron los reactivos: R13, R3, R5, R1, R11 que corresponden a la escala de Ansiedad. En el tercer factor se agruparon los reactivos R8 y R9. Aunque su carga factorial es alta no existe una congruencia conceptual, uno pertenece a la escala de Depresión R8 y el R9 a la de Ansiedad (ver tabla 2).

Tabla 2

## Resumen de reactivos y cargas factoriales para una solución varimax para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Reactivo	Carga factorial		
	1	2	3
R4HDEP Puedo reírme y ver el lado gracioso de las cosas	,740		
R12HDEP Veo las cosas con esperanza	,723		

Continuación Tabla 2

Reactivo	Carga factorial	
R2HDEP Todavía disfruto de las cosas que solían gustarme	,675	
R6HDEP Me he sentido alegre	,670	
R14HDEP Puedo disfrutar de un libro, programa de radio o televisión	,623	-,385
R7HANS Puedo estar sentada y sentirme relajada	<b>,619</b>	
R10HDEP He perdido el interés en mi apariencia	,498	,404
R13HANS De repente siento pánico		,764
R3HANS Siento miedo como si algo terrible me fuera a suceder		,763
R5HANS He tenido la cabeza llena de preocupaciones		,663
R1HANS Me he sentido tensa o nerviosa		,643
R11HANS Me he sentido muy inquieta como si tuviera que estarme moviendo		,595
R8HDEP Me siento lenta		<b>,776</b>
R9HANS Tengo sensación de miedo como de mariposas en el estómago		<b>-,386</b>

**Nota:** Las cifras en negritas indican las cargas factoriales de los reactivos que se eliminaron.

### Consistencia interna de la escala total con 11 reactivos

Después de haber eliminado los reactivos R7, R8 y R9 de acuerdo a los criterios correspondientes (cargas factoriales, congruencia conceptual y no afectan significativamente la confiabilidad de la escala), se obtuvo nuevamente a través del alpha de Conbrach la consistencia interna de la escala ahora conformada por 11 reactivos. Obteniendo un  $\alpha=.85$  para la escala completa.

Para determinar si al eliminar los reactivos R7, R8 y R9 la estructura de los factores se modificó se realizó el análisis factorial con los 11 reactivos. Los resultados de este segundo análisis indican la existencia de dos factores que explican el 51.79% de la varianza.

### **Análisis Factorial Confirmatorio**

La matriz de componentes rotados nos señala que los reactivos R4, R12, R2, R6, R14 y R10 cargan en el factor uno, los cuales pertenecen a la escala de Depresión. Mientras que en el segundo factor se encuentran los reactivos que corresponde a la escala de Ansiedad, R13, R3, R5, R1 y R11. A partir de estos resultados se determinó la consistencia interna.

### **Confiabilidad por subescala**

La escala de Ansiedad se conformó de 5 reactivos y el índice de consistencia interna calculado a través del alpha de Cronbach fue de .77. La escala de Depresión quedó conformada por 6 reactivos y el índice de consistencia interna fue de .79.

La escala total HADS (11 reactivos) así como ambas subescalas de Ansiedad (5 reactivos) y de Depresión (6 reactivos) mostraron índices de consistencia interna aceptables.

### **Puntos de corte**

Para calcular los puntos de corte se tomaron los valores obtenidos a partir del percentil 75 para considerar como caso leve de ansiedad o depresión. También se utilizó como medida la media y la desviación estándar para cada subescala. Para considerar casos leves de ansiedad es a partir de 6 puntos, dos puntos menos que en la escala original (ver tabla 3). Para la escala de depresión el punto de corte es de 7 para considerar casos leves, hay sólo un punto de diferencia con la escala original (ver tabla 4). Total de pacientes con diagnóstico de ansiedad de leve a grave con punto de corte 6 para ser considerados casos 26.1%. El total de pacientes utilizando el punto de corte de

la escala original es de 12.4%. La diferencia es de más de 50% entre ambos valores. Total de pacientes con diagnóstico de depresión de leve a grave con punto de corte 7 para ser considerados como casos 28.4 %. El total de pacientes utilizando el punto de corte de la escala original es de 23%., la diferencia entre ambas es de 7%. Debido a que se modificó el número de reactivos para cada subescala se considera que los puntos de corte que pueden tomarse en cuenta son los obtenidos para esta población. De esta manera evitaríamos dar falsos negativos-

---

**Tabla 3**  
**Distribución muestral por intervalos según puntos de corte para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS- Ansiedad (N = 275)**

<b>Clasificación</b>	<b>n (%)</b>
Sin ansiedad ( 0 – 5)	203 (73.8)
Ansiedad leve (6-8)	51 (18.5)
Ansiedad moderada (9-11)	18 (6.5)
Ansiedad Grave (12 en adelante)	3 (1.1)

---



---

**Tabla 4**  
**Distribución muestral por intervalos según puntos de corte para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS- Depresión (N = 275)**

Sin depresión (0-6)	197 (71.6)
Depresión leve (7-9)	55 (20)
Depresión moderada (10-12)	17 (6.2)
Depresión grave (13 en adelante)	6 (2.2)

---

## **Discusión**

El objetivo fue analizar la confiabilidad y validez de la versión castellana de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). La escala mostró adecuados índices de consistencia interna. La distribución de los reactivos en los factores no mantuvo la estructura factorial de las subescalas propuestas por el autor. Es probable que estas diferencias se deban a la forma de redacción de los reactivos. De forma cultural en México el término de mariposas en el estómago se utiliza para hacer referencia a un estado de enamoramiento y no de ansiedad. El expresar la posibilidad de estar sentada y sentirse relajada no es algo que se asocie a este término sino al hecho de no tener nada que hacer. En el caso del reactivo de depresión, expresar sentirse lenta tampoco tiene relación con ese estado. Con estas modificaciones fue necesario calcular los puntos de corte para esta población que indican valores menores a las propuestas por el autor. Estos valores permitirán establecer la prevalencia de los síntomas en esta población.

## **Functional Assesment of Chronic Illness Therapy- Fatigue (FACIT-Fatigue)**

### **Método**

### **Participantes**

Participaron 316 mujeres con cáncer de mama que se encontraban recibiendo tratamiento de radioterapia. Las entrevistas se realizaron de noviembre de 2010 a junio de 2012 en dos hospitales públicos de la ciudad de México.

## **Medición**

La escala The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale (FACIT-F Scale) evalúa la percepción subjetiva de fatiga y el impacto de ésta en el funcionamiento y en las actividades diarias. Fue desarrollada para evaluar la fatiga asociada con anemia en pacientes con cáncer. El instrumento tiene 13 reactivos con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert con puntuaciones de 0 (nada), 1 (un poco), 2 (algo), 3 (mucho) y 4 (muchísimo). Las respuestas equivalen al reporte de síntomas en los últimos 7 días. El rango de puntuación total es de 0-52. Puntuaciones bajas equivalen a tener fatiga.

La escala ha sido aplicada en pacientes con cáncer en quimioterapia y sin quimioterapia, en sobrevivientes por algún tipo de neoplasia; así como en muestras clínicas de pacientes con artritis reumatoide (Cella et al, 2005), psoriasis (Chandran et al., 2007), Parkinson (Hagell et al, 2006), además de población general de los Estados Unidos (Cella et al., 2003). Los índices de consistencia interna obtenidos a través del coeficiente Alpha de Cronbach y la correlación test-retest van de 0.86 a 0.95 (Kallich et al., 2001; Cella et al, 2002; Hwang et al, 2003; Yellen et al, 1997). Para el presente trabajo se utilizó la versión en español que fue desarrollada como parte de un trabajo de traducción multilingüe (Bonomi et al, 1996).

## **Procedimiento**

El procedimiento empleado fue el mismo que se utilizó para la escala HADS.



## **Análisis estadístico**

La consistencia interna del instrumento y de las subescalas se analizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para determinar el grado de correlación entre las variables y la pertinencia de realizar el análisis factorial se aplicaron los estadísticos de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) a través del método de componentes principales y rotación varimax sin forzar el número de factores. Adicionalmente se realizó un análisis factorial de segundo orden para determinar la agrupación de las subescalas y corroborar su fundamento teórico.

## **Resultados**

La consistencia interna de la escala se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el valor para los 13 reactivos fue de .89. El resultado del estadístico KMO fue de .911 y la prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa ( $X^2 = 1810.471$  ;  $gl = 78$  ;  $p = .000$ ). El AFE con rotación varimax arrojó tres factores que explicaron 62.89% de la varianza total. Se utilizó como criterio de inclusión de los reactivos en el factor una carga factorial mayor o igual a .40 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

Aún cuando las cargas factoriales de los reactivos son consideradas altas y satisfactorias, su agrupación en los factores no corresponde a los conceptos de las dimensiones a las que pertenecen. Por lo que se considera su eliminación (ver tabla 5).

**Tabla 5**  
**Resumen de reactivos y cargas factoriales para una solución varimax**  
**para la Escala FACIT- Fatigue**

Reactivos	Carga Factorial		
	1	2	3
FACIT1R Me siento agotada	.814		
FACIT2R Siento debilidad en todo el cuerpo	.760		
FACIT3R Me siento decaída	.622	.478	
FACIT4R Me siento cansada	.855		
FACIT5R Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansada	<b>.609</b>		
FACIT6R Tengo dificultad para terminar las cosas porque estoy cansada	<b>.503</b>	<b>.541</b>	
FACIT7R Tengo energía			<b>.828</b>
FACIT8R Soy capaz de hacer mis actividades diarias			<b>.767</b>
FACIT9R Necesito dormir durante el día	<b>.514</b>		
FACIT10R Estoy demasiado cansada para comer		<b>.546</b>	
FACIT11R Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales		.809	
FACIT12R Estoy frustrada porque estoy demasiado cansada para hacer las cosas que quiero hacer		.739	
FACIT13R Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio		.727	

Los reactivos 1,2,3 y 4 hacen referencia al reporte de la percepción subjetiva de fatiga. Por lo tanto, el reactivo **5** que hace referencia a la manera en que se impacta la funcionalidad debido a la fatiga no corresponde a esta dimensión y se elimina.

El reactivo **6** presenta cargas factoriales similares en dos factores, siendo la más alta la puntuación del factor que no corresponde de acuerdo al marco teórico. Por lo tanto, se elimina.

Los reactivos **7** y **8** que pertenecen a la percepción subjetiva de fatiga y funcionalidad se agrupan en un solo factor con cargas factoriales satisfactorias pero que conceptualmente no justifican su agrupación. Los reactivos **9** y **10** tampoco tienen correspondencia en el factor en que se agrupan. Por lo tanto se eliminan.

Se procedió a realizar la eliminación de los reactivos **5,6,7,8,9** y **10** y se realizó nuevamente el análisis para comprobar su agrupación estadística y conceptual. La confiabilidad Alfa de Cronbach de la escala con 7 reactivos (1, 2, 3, 4, 11, 12, 13) fue de .867. que explican el 71.90 % de la varianza. Los valores resultaron adecuados para cada subescala. La escala de percepción subjetiva de fatiga fue de  $\alpha.= 86$ , y la escala de funcionalidad fue de  $\alpha.= 79$ .

Los puntos de corte fueron calculados a partir de los valores de la escala original que establece que puntuaciones altas indican mucha fatiga y puntuaciones bajas hacen referencia a poca fatiga y mayor calidad de vida (ver tabla 6).

**Tabla 6**  
**Puntuaciones de escala FACIT-Fatiga (Breve) 7 reactivos**

<b>Puntuaciones</b>	<b>Nivel</b>	<b>Descripción</b>
0-6	Grave	El decaimiento, la debilidad, el cansancio y el agotamiento que percibe la persona <b>afecta de manera sustancial</b> su calidad de vida, debido a que le <b>impide</b> realizar sus actividades diarias y sociales.
7-12	Moderado	El decaimiento, la debilidad, el cansancio y el agotamiento que percibe la persona <b>afecta moderadamente</b> su calidad de vida, debido a que le <b>dificulta</b> realizar sus actividades diarias y sociales.
13-18	Leve	El decaimiento, la debilidad, el cansancio y el agotamiento que percibe la persona <b>afecta ligeramente</b> su calidad de vida, debido a que <b>interfiere</b> para realizar sus actividades diarias y sociales.
19-28	Poca o nada	El decaimiento, la debilidad, el cansancio y el agotamiento que percibe la persona <b>no afecta</b> su calidad de vida, debido a que <b>puede</b> realizar sus actividades diarias y sociales sin ningún problema.

## Discusión

El objetivo de este análisis fue analizar la confiabilidad y validez de la versión castellana en esta población. Aún cuando la escala no presentó dificultades en su aplicación y los reactivos fueron entendidos, la distribución de los mismos en los factores no mostró coherencia teórica. A pesar de que se eliminaron el 50% de los reactivos, la escala mostró alto índice de confiabilidad

y de carga factorial. Por lo que es posible utilizar la versión breve tanto para identificar a las pacientes con sintomatología, como para evaluar los cambios que se presenten a lo largo del tiempo.

## **Brief COPE- 28**

### **Método**

#### **Participantes**

Participaron un total de 203 mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama pacientes del Centro Médico Nacional Siglo XXI en la Ciudad de México. Todas se encontraban recibiendo tratamiento estándar de veinticinco sesiones de radioterapia con equipo de Cobalto 60. Sus edades oscilaron entre los 27 y los 90 años ( $M = 52$ ,  $SD = 11$ ) y se entrevistaron de noviembre de 2010 a mayo de 2011.

#### **Medición**

Brief COPE- 28 es el resultado de validación de la escala original COPE (Carver et al.,1989) con 60 reactivos. La prueba consta de 28 reactivos distribuidos en 14 subescalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y autoinculpación. Los ítems están elaborados en términos de las acciones o pensamientos que se utilizan como formas de afrontamiento; cuenta con cuatro opciones de respuesta (en ningún momento; en algún momento; la mayor parte del tiempo; todo el tiempo) con puntuación de 0-3. Las respuestas hacen referencia a la frecuencia con que la persona

realiza una acción o tiene un pensamiento ya sea de manera habitual o de forma temporal tomando como referencia una situación específica. Puntajes altos indican uso más frecuente de ese estilo o respuesta de afrontamiento. La redacción de los reactivos puede ser modificada dependiendo si el objetivo es evaluar estilos de afrontamiento o respuesta de afrontamiento. En la primera se pretende conocer las acciones o pensamientos que de manera frecuente las personas emplean ante situaciones estresantes, en la segunda el interés se centra en conocer las conductas o pensamientos que las personas aplican ante situaciones estresantes específicas.

Los coeficientes de confiabilidad (consistencia interna) de las 14 subescalas originales tienen valores alfa de Cronbach entre .50 y .90 (Carver, 1997) que indican una consistencia interna de moderada a adecuada. El número de reactivos y la flexibilidad en su aplicación permiten que el inventario pueda adaptarse a los propósitos del estudio que se realiza.

### **Procedimiento**

Se tradujo la escala original al castellano por una psicóloga especialista en el área de la salud. Para examinar la comprensión de las instrucciones, de los reactivos y las opciones de respuesta, se condujo un estudio piloto con 75 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama quienes al momento de la aplicación recibían tratamiento de radioterapia en dos hospitales públicos de la ciudad de México.

Una vez realizados los ajustes necesarios en claridad, comprensión y pertinencia, el inventario se aplicó a 203 mujeres con cáncer de mama en radioterapia. Las aplicaciones las realizó un equipo de psicólogas de la

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En las salas de espera o en las salas de radioterapia se invitaba a las pacientes a participar en el estudio. Se les comentaba que la información que nos proporcionaran sería totalmente confidencial y que los datos se utilizarían para diseñar intervenciones psicológicas para pacientes que, al igual que ellas, requirieran tratamiento de radiación. Obtenido el consentimiento verbal (en virtud de no plantearse intervención alguna) se procedía a realizar la entrevista para obtener datos sociodemográficos e información de síntomas y tratamientos recibidos y se la seguía de la aplicación del instrumento para evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas en los últimos siete días.

### **Análisis estadístico**

La consistencia interna del inventario y de las subescalas se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para determinar el grado de correlación entre las variables y la pertinencia de realizar el análisis factorial se aplicaron los estadísticos de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de componentes principales y rotación varimax sin forzar el número de factores. Se calcularon las correlaciones entre las subescalas del inventario usando el estadístico del coeficiente de correlación de Pearson. También se realizó un análisis factorial de segundo orden para determinar la forma en que se agrupaban las subescalas y corroborar su fundamento teórico.

## **Resultados**

### **Análisis factorial exploratorio**

Se calculó la consistencia interna del inventario con los 28 reactivos y se obtuvo un alfa de Cronbach  $\alpha = .764$ . El resultado del estadístico KMO fue de .693 y la prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa ( $X^2 = 1749.492$ ;  $gl = 378$ ;  $p = .001$ ). Nueve factores que explicaron el 64% de la varianza total se obtuvieron en el AFE con rotación varimax. Para confirmar la inclusión de cada reactivo al factor se usó como criterio una carga factorial mayor o igual a .40 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999). En tres de las subescalas originales: humor, uso de sustancias y autoinculpación se confirmó la distribución de los reactivos. Los reactivos que presentaron cargas factoriales muy cercanas y se agruparon en factores que no reflejaban congruencia teórica se eliminaron. Estos fueron los reactivos 1 y 15 (enfrentamiento activo), el 3 y el 17 (valoración positiva) y el reactivo 21 (apoyo emocional).

Para obtener una estructura clara de cada factor resultante, se realizó un segundo análisis factorial que arrojó ocho factores que explicaron el 70% de la varianza total y mostraron consistencia interna de  $\alpha = .719$  con un total de 23 reactivos. Los de los reactivos 4 y 18 de la subescala de aceptación indicaron que su eliminación aumentaría la confiabilidad del instrumento. Asimismo, fueron eliminados los reactivos 10 (negación) y 27 (desconexión conductual) debido a que no estaban ligados conceptualmente y la confiabilidad del factor resultante era muy baja ( $\alpha = .30$ ). Además de los reactivos 9 (autodistracción) y 24 (negación) por no presentar congruencia conceptual con los demás reactivos del factor. Finalmente se obtuvieron siete factores que explican el



73% de la varianza total. Como se muestra en la tabla 7, los 17 ítems que se conservaron por el valor de sus cargas factoriales, definen de forma clara los factores que conforman el instrumento.

---

**Tabla 7**

**Estructura factorial del Brief COPE-17 en mujeres con cáncer de mama en radioterapia**

---

**Factor 1. Planeación:** planificación de acciones para manejar el problema de mejor forma.

<b>Reactivos</b>	<b>Carga factorial</b>
2. Pienso en lo que tendría que hacer para sobrellevar el cáncer y la radioterapia	.82
16. Pienso en lo que podría hacer para sobrellevar el cáncer y la radioterapia	.75

---

**Factor 2. Autodistracción:** ejecutar acciones que facilitan la distracción e impiden pensar en el estresor y en las posibilidades de un mejor manejo de su situación.

<b>Reactivos</b>	<b>Carga factorial</b>
13. Trato de no pensar en el cáncer y en la radioterapia	.82
23. Hago cosas para no pensar en el cáncer y la radioterapia como: ver televisión, ir al cine, leer, dormir u otras actividades.	.75

---

**Factor 3. Humor:** realizar bromas y reírse de la situación cuando ya no es considerada como amenazadora.

---

Reactivos	Carga factorial
5. Hago bromas sobre lo que me pasa	.93
19. Hago bromas sobre la situación en la que me encuentro	.91

**Factor 4. Búsqueda de apoyo social:** realizar conductas que favorezcan la obtención de información útil, ser apoyados en ciertas actividades y recibir escucha para ventilar emociones.

Reactivos	Carga factorial
8. Trato de obtener información o ayuda de otras personas sobre qué hacer	.57
11. Expreso mis sentimientos desagradables	.78
22. Obtengo ayuda e información de otras personas	.52
25. Expreso mis emociones negativas con respecto a lo que estoy pasando	.76

**Factor 5. Uso de sustancias:** ingerir o utilizar alcohol u otras drogas para disminuir el malestar emocional y poder soportar la situación estresante.

Reactivos	Carga factorial
12. Uso alcohol u otras drogas para sentirme mejor	.93
26. Uso alcohol u otras drogas para salir de esto	.94

**Factor 6. Apoyo emocional-religioso-espiritual:** tendencia a incrementar la participación en actividades religiosas con el objetivo de encontrar consuelo y apoyo.

Reactivo	Carga factorial
6. Encuentro consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales	.81
7. Obtengo apoyo emocional de otros	.58
20. Rezo o medito	.79

**Factor 7. Autoinculpación:** inclinación a creer que los actos o las omisiones de los mismos son la causa de la situación estresante.

Reactivo	Carga factorial
14. Me critico por lo que me está pasando	.87
28. Me culpo por lo que me está pasando	.89

**Consistencia interna.** La tabla 8 muestra el valor alfa para la versión final del inventario ( $\alpha = .70$ ) para cada subescala. Tanto el inventario final como las subescalas mostraron una adecuada consistencia interna.

**Correlaciones entre subescalas.** En la tabla 9 se encuentran los coeficientes de correlación de las siete subescalas de la versión final del instrumento.

**Tabla 8**  
**Confiabilidad de las subescalas de la versión castellana**  
**del Brief COPE-17**

Subescalas	Consistencia interna (Alfa de Cronbach)
Planeación	.62
Autodistracción	.62
Humor	.91

Continuación tabla 8

Subescalas	Consistencia interna (Alfa de Cronbach)
Búsqueda de apoyo social	.68
Uso de sustancias	.79
Apoyo emocional-religioso-espiritual	.62
Autoinculpación	.79

Tabla 9

Correlaciones entre las subescalas de la versión castellana del  
Brief COPE-17

Subescalas	PN	AU	H	BAS	US	AE	AI
PN	---	.254**	.118	.268**	-.092	.218**	.155*
AU		---	-.027	.148*	.018	.065	.318**
H			---	.359**	.165*	.095	-.066
BAS				---	-.017	.211*	.122
US					---	-.003	-.056
AE						---	-.151*
AI							---

Nota. **PN**: Planeación; **AU**: Autodistracción; **H**: Humor; **BAS**: Búsqueda de apoyo social; **US**: Uso de sustancias; **AE**: Apoyo emocional-religioso-espiritual; **AI**: Autoinculpación.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

## **Discusión**

El valor que arrojó la prueba de KMO y el resultado significativo de la prueba de esfericidad de Barlett fueron indicativos de que los datos tenían las características apropiadas para realizar el análisis factorial. La distribución de los ítems en los factores no mantuvo la estructura factorial original de las subescalas propuestas por el autor y algunos de ellos se conformaron por reactivos sin congruencia conceptual. Es probable que estas diferencias se deban a la forma en que están redactados los reactivos en los diferentes idiomas, así como al hecho de que la cultura suele permear de modo diferente lo que el individuo piensa y hace ante una misma situación de estrés. Durante todo el proceso del análisis permanecieron las escalas: humor, uso de sustancias y autoinculpación. Resultados similares se observaron en investigaciones realizadas en poblaciones con características diversas (Carver, 1997; Fillion, et al., 2002; Kimemia, et al., 2011; Morán, Landero & González, 2010).

Las subescalas de negación, aceptación, afrontamiento activo, valoración positiva y desconexión conductual fueron eliminadas. Una posible explicación es que las respuestas de afrontamiento se modifican en función del contexto en que ocurre el evento estresante (Lazarus, 1993). Una observación clínica frecuente es que durante las primeras fases (diagnóstico y cirugía) la negación tiene mayor probabilidad de presentarse; por lo que sería menos probable que las mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia como su último tratamiento emitieran respuestas de negación ante la enfermedad. En las respuestas de afrontamiento como el humor, la planeación, la valoración

positiva y la búsqueda de apoyo social parecieran ser respuestas que se aplican como resultado de las experiencias de tratamiento previas y de las reevaluaciones que se hacen en cada situación que enfrentan. Cuando en una situación estresante surge la aceptación es posible hacer bromas, así como planear formas de enfrentar la enfermedad y buscar información y ayuda.

En su estructura final consta de 17 reactivos y siete subescalas:

*Planeación, Autodistracción, Humor, Búsqueda de apoyo social, Uso de sustancias, Apoyo emocional-religioso-espiritual y Autoinculpción.* Los valores de consistencia interna son adecuados tanto para la escala total como para las subescalas, lo cual implica, entre otras cosas, que cada uno de los factores está claramente definido por los ítems que lo conforman. La correlación débil mostrada entre las siete subescalas añade un elemento confirmatorio a esta conclusión. El porcentaje de varianza explicada fue notablemente alto, lo que refleja una información atribuible a aspectos no explicados de la varianza residual (la cual es baja) y permite una estructura que ofrece un buen aprovechamiento de la información.

La versión final (Brief COPE-17) contiene un menor número de ítems y de subescalas, sin embargo, sus propiedades psicométricas como confiabilidad total, confiabilidad por subescala, carga factorial de los reactivos y porcentaje de varianza explicada permiten afirmar que es un instrumento adecuado para evaluar respuestas de afrontamiento ante una situación específica de estrés como lo es el de estar sometida a tratamiento de radioterapia y padecer cáncer de mama.

## ESTUDIO 2

### **Ansiedad, depresión, fatiga y respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados**

#### **Objetivo general**

Establecer la prevalencia de las variables psicológicas y conocer las variables sociodemográficas, clínicas, médicas y psicológicas que están asociadas a síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia.

Se pretende dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia?
- ¿Existe relación entre los síntomas de ansiedad y depresión y la fatiga que reportan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia?
- ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y las respuestas de afrontamiento que reportan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia?
- ¿Hay diferencias en los puntajes de ansiedad a partir de variables sociodemográficas?
- ¿Hay diferencias en los puntajes de depresión a partir de variables sociodemográficas?

- ¿Qué variables sociodemográficas, médicas, clínicas y psicológicas son predictoras de ansiedad y depresión?

## **Método**

### **Participantes**

Un total de 203 mujeres con cáncer de mama en radioterapia pacientes del Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta especialidad (UMAE) del Centro Médico Siglo XXI participaron en el estudio. Los criterios de inclusión empleados fueron: 1) indicación médica de recibir 25 sesiones de radioterapia, 2) estar entre la 1ª y la 25ª sesión de tratamiento, 3) otorgar consentimiento verbal de participación. Se excluyeron mujeres con metástasis, con indicación de recibir menos de 25 sesiones de radioterapia, hospitalizadas. El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital y se realizó entre enero y mayo del 2011.

### **Medición**

**Variables sociodemográficas y clínicas-** Se obtuvieron mediante un formato de entrevista estructurada elaborado específicamente para esta población los datos de las variables que de acuerdo con la literatura están relacionadas con la síntomas de ansiedad, depresión y fatiga que presentan las mujeres con cáncer de mama. Algunas de las variables que se incluyeron fueron: edad, situación de pareja, escolaridad, ocupación, tiempo de diagnóstico, efectos secundarios, comorbilidad, tratamientos oncológicos recibidos, vive con, depresión a partir del diagnóstico, razones de depresión, tratamiento psicológico, dificultades para dormir y duración del problema, pensamientos sobre cáncer y radioterapia.



**Variables médicas-** Se obtuvieron de la hoja de tratamiento de radioterapia las siguientes variables: tipo de cáncer, número de radiaciones y semana de tratamiento.

### **Variables psicológicas**

**Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-11)-** Instrumento de autoreporte que evalúa la sintomatología ansiosa y depresiva. Tiene un total de 11 reactivos y dos subescalas. Ansiedad con 5 reactivos y depresión con 6 reactivos. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0-3 para un total de 15 puntos para la subescala de ansiedad y 18 puntos para la subescala de depresión. Mayores puntuaciones corresponden a mayores niveles de sintomatología. El instrumento fue adaptado y validado en esta población y se obtuvo un valor  $\alpha = .85$  de confiabilidad total. Para cada subescala la confiabilidad fue de  $\alpha = .77$  para ansiedad y  $\alpha = .79$  para depresión, mostrando buenos índices de consistencia interna. Los puntos de corte obtenidos en la validación para esta población fueron: subescala de ansiedad puntuaciones de 0-5 indican que no hay ansiedad clínica, de 6-8 ansiedad leve, de 9-11 ansiedad moderada y de 12-15 ansiedad grave. En la subescala de depresión las puntuaciones de 0-6 indican que no hay depresión clínica, 7-9 depresión leve, 10-12 depresión moderada y 13-18 depresión grave.

**Escala de afrontamiento Brief COPE-17-** Escala breve de afrontamiento que consta de 17 reactivos y 7 subescalas planeación, autodistracción, humor, búsqueda de apoyo social, uso de sustancias, apoyo emocional-religioso-espiritual y autoinculpación. Cuatro escalas constan de 2 reactivos (planeación,

autodistracción, humor, autoinculpación), una escala de 4 reactivos (búsqueda de apoyo social) y 1 escala de 3 reactivos (apoyo emocional-religioso-espiritual). Los items están planteados en términos de las acciones o pensamientos que se utilizan como formas de afrontamiento específicas ante el hecho de tener cáncer y recibir radioterapia. El instrumento evalúa las respuestas de afrontamiento recientes a través de cuatro opciones de respuesta (0: en ningún momento; 1: en algún momento; 2: la mayor parte del tiempo; 3: todo el tiempo) que hacen referencia a la frecuencia con que la persona realiza una acción o tiene un pensamiento en los últimos siete días. Las puntuaciones altas indican la frecuencia de uso de las respuestas de afrontamiento. La escala fue adaptada y validada en esta población y se obtuvieron coeficientes de confiabilidad (consistencia interna) adecuados tanto para la escala total  $\alpha = .70$ , como para las 7 subescalas; los valores alfa de Cronbach fueron de .62 a .91.

**Escala breve de fatiga FACIT F-7-** Instrumento de auto-reporte con 7 reactivos que evalúan percepción subjetiva de fatiga (4 reactivos) y la forma que afecta este síntoma la funcionalidad y las actividades del individuo (3 reactivos). Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta (4: nada; 3: un poco; 2: algo; 1: mucho; 0: muchísimo). Todos los reactivos son inversos por lo que puntuaciones bajas son indicadores de mucha fatiga. La escala se adaptó y validó en esta población. El índice de confiabilidad (consistencia interna) alfa de Cronbach .86 para la escala total y para la subescala de percepción subjetiva de fatiga y de .79 para la subescala de funcionalidad. Los puntos de corte resultantes para esta población fueron: de 0-6 puntaje que indica nivel

grave de fatiga lo que significa que este síntoma afecta de manera sustancial la calidad de vida de la persona debido a que le impide realizar sus actividades diarias y sociales; de 7-12 indica nivel moderado de fatiga que afecta en la misma medida la calidad de vida y el síntoma dificulta que se realicen las actividades diarias y sociales; de 13-18 puntos indican fatiga leve que afecta ligeramente la calidad de vida y el síntoma interfiere para realizar las actividades diarias y sociales y de 19-28 que indica poca o nada de fatiga, los síntomas que presenta no afectan la calidad de vida debido a que puede realizar sus actividades diarias y sociales sin ningún problema.

### **Procedimiento**

Una estudiante de doctorado y tres alumnas de licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México acudieron de enero a mayo del 2011 a las salas de radioterapia del Hospital de Oncología Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) del Centro Médico Nacional del Siglo XXI. Una vez que se obtenía el listado de pacientes que acudían a tratamiento de radioterapia se les llamaba una por una y se les informaba que se estaba realizando una investigación para tesis de doctorado cuyo objetivo era conocer la manera en que el cáncer de mama y estar recibiendo tratamiento de radioterapia impactaba en su bienestar físico y emocional, así como las formas en que enfrentan la situación. Se les comentaba que la información que proporcionarían era totalmente confidencial y que los datos serían utilizados para fines estadísticos y para diseñar una intervención psicológica que sería proporcionada más adelante a las pacientes que tuvieran que ser radiadas. Obtenido el consentimiento verbal (en virtud de

no plantearse intervención alguna) se procedía a realizar la entrevista de forma individual para obtener datos sociodemográficos y clínicos, posteriormente se procedía a aplicar los instrumentos de evaluación de sintomatología ansiosa, depresiva, fatiga y respuestas de afrontamiento. Las aplicaciones se hicieron de forma individual después de que pasaban a su sesión de radiación. Las preguntas de la entrevista y de los cuestionarios fueron leídas por la entrevistadora. Los espacios en que se realizaron las aplicaciones fueron el aula de enseñanza, el archivo y el área de planeación del Servicio de Radioterapia. Todos estos sitios contaban con mobiliario habitual e iluminación adecuada. Al final de la entrevista se les agradecía el haber aceptado participar y otorgarnos su tiempo. En caso de que alguna paciente manifestara su deseo de recibir tratamiento psicológico o se observaran datos clínicos que pusieran de manifiesto alteraciones en el bienestar emocional, se canalizaban con su médico tratante para que valorara el pase al servicio de psicología.

### **Análisis estadístico**

Para describir las características sociodemográficas, médicas y clínicas de las participantes se obtuvieron estadísticas descriptivas (frecuencias, medias y desviaciones estándar). Para establecer el índice de prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y fatiga se obtuvieron las frecuencias de puntuación para cada instrumento. Para establecer las respuestas de afrontamiento más empleadas se calcularon las frecuencias de puntuación de todas las subescalas. Se empleó correlación de Pearson para examinar la relación entre síntomas de ansiedad, depresión y fatiga. Para analizar la correlación entre respuestas de afrontamiento y síntomas de ansiedad,

depresión y fatiga se empleó correlación de *rho*- Spearman dado que las puntuaciones de la escala de afrontamiento están en escala ordinal. Para explorar en qué medida la variabilidad de las puntuaciones de sintomatología ansiosa y depresiva pueden atribuirse a la semana de radioterapia o a variables socio-demográficas se aplicó un análisis de varianza de una vía (ANOVA). Para examinar qué variables sociodemográficas, clínicas, médicas y psicológicas eran predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva se realizó un análisis de regresión múltiple con el método "step wise". Los datos se analizaron usando el paquete SPSS PASW Statistics 18.

## **Resultados**

### **Características sociodemográficas, médicas y clínicas**

El rango de edad de las participantes fue de 27 a 90 años ( $M = 52.4$ ,  $DE = 11.04$ ). Ciento treinta y dos (65%) tenían entre 45 a 64 años. Con respecto a situación de pareja 131 (65%) eran casadas o estaban en unión libre, 36(18%) eran solteras, 23(11%) eran viudas y 13(6%) eran divorciadas o separadas. Noventa (44%) vivía con esposo e hijos(as), 34(17%) con hijos(as), 27(13%) con familiares, 20(10%) con esposo o pareja, 14(7%) vivían solas y 5(3%) con hijos(as) y familiares.

En la distribución por ocupación, observamos que 105 (52%) eran amas de casa, 86 (42%) eran empleadas o trabajaban por su cuenta y 12(6%) eran jubiladas. En cuanto a escolaridad 5(3%) no contaban con educación formal, 68 (34%) tenía estudios de primaria (completa o incompleta), 41 (20%) reportaron haber estudiado secundaria completa o algún grado, el mismo porcentaje tenía

estudios técnicos, 19(9%) tenían bachillerato, 27(13%) tenían licenciatura y 2 (1%) tenía estudios de posgrado (ver tabla 10).

**Tabla 10**  
**Características sociodemográficas de las participantes (N=203)**

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
<i>Rango 27- 90 años</i>		
15-44	46	23
45-64	132	65
65 en adelante	25	12
<b>Situación de pareja</b>		
Soltera	36	18
Casada	115	57
Unión libre	16	8
Divorciada	6	3
Separada	7	3
Viuda	23	11
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	105	52
Jubilada	12	6
Empleada	56	27
Trabaja por su cuenta	30	15
<b>Vive con</b>		
Esposo/Pareja	20	10
Esposo/Hijos o hijas	90	44
Esposo, hijos y familiares	13	6
Sola	14	7
Familiares	27	13
Hijos	34	17
Hijos y familiares	5	3
<b>Escolaridad</b>		
Ninguna	5	3
Primaria	68	34
Secundaria	41	20
Bachillerato	19	9
Carrera técnica	41	20
Licenciatura	27	13
Posgrado	2	1

La distribución de variables médicas de acuerdo al diagnóstico fue 87 (42%) en estadio III fases A, B y C, ochenta y tres (41%) tenían diagnóstico indefinido, menos del 1% tenía cáncer en estadio 0, treinta dos (16%) tenían cáncer de mama en estadio I y II. En cuanto al tiempo de haber recibido el diagnóstico 94 (46%) tenía de 9 a 12 meses, 50 (24%) tenía de 13 a 18 meses, 62 (31%) tenía más de 19 meses y 27 (13%) tenía de un día a 8 meses. Con respecto a morbilidad 107 (53%) no reportaron tener otra enfermedad, 51 (25%) tenían hipertensión y/o diabetes, 14 (7%) reportaron además de hipertensión y/o diabetes otras enfermedades y 31 (15%) reportaron diversos padecimientos (ver tabla 11).

**Tabla 11**  
**Características médicas de las participantes (N=203)**

<i>Característica</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Tipo de diagnóstico</b>		
Indefinido	83	41
Estadio 0 (carcinoma in situ)	1	.5
Estadio I	14	7
Estadio II	18	9
Estadio III A	51	25
Estadio III B	27	13
Estadio III C	9	4.5
<b>Tiempo de diagnóstico</b>		
De 0 a 4 meses	2	1
De 5 a 8 meses	25	12
De 9 a 12 meses	94	46
De 13 a 18 meses	50	25
De 19 a 24 meses	14	7
Más de dos años	18	9

---

**Continuación tabla 11**


---

**Semana de Radioterapia**

Semana 1 (sesión 1-5)	56	28
Semana 2 (sesión 6-10)	35	17
Semana 3 (sesión 11-15)	50	24
Semana 4 (sesión 16-20)	34	17
Semana 5 (sesión 21-25)	28	14

**Total de efectos secundarios (Radioterapia)**

0 síntomas	27	13
1	24	12
2	42	21
3	32	16
4	22	11
5	24	12
6	26	8
7	10	5
8	5	2
9	1	<.5

**Comorbilidad**

Sin ninguna otra enfermedad	107	53
Hipertensión	22	11
Diabetes	12	6
Hipertensión y Diabetes	17	8
Hipertensión y/o Diabetes y otra enfermedad	14	7
Otras enfermedades	31	15

**Tratamientos oncológicos recibidos**

Ninguno	2	1
Cirugía	10	5
Cirugía y Quimioterapia	131	65
Cirugía y Hormonal	6	3
Cirugía, Quimioterapia y Hormonal	35	17
Quimioterapia	15	7
Quimioterapia y Hormonal	4	2

---



Ciento sesenta (79%) de las participantes reportaron haberse deprimido alguna vez a partir del diagnóstico. Las razones por las que se deprimieron que hacen referencia a variables médicas fueron: 63(39%) se sintió deprimida ante el diagnóstico, 31 (19%) se deprimió por el diagnóstico, los tratamientos y los efectos secundarios, 20(13%) por los efectos secundarios y 5 (3%) por la cirugía. También se deprimieron por razones de tipo personal como falta de apoyo del esposo, hijos(as) y familiares 17 (11%), por tener pensamientos de discapacidad, injusticia de la vida y preocupaciones familiares 17 (11%) y 7 (4%) se deprimió por problemas económicos (ver tabla 12).

**Tabla 12**  
**Características clínicas de las participantes (N=203)**

<i>Característica</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Depresión a partir del diagnóstico (<i>Percepción Subjetiva</i>)</b>		
Si	160	79
No	43	21
<b>Razones de depresión (n=160)</b>		
Diagnóstico	63	39
Diagnóstico, tratamientos y efectos secundarios	31	19
Efectos secundarios	20	13
Cirugía	5	3
Diagnóstico y falta de apoyo social (esposo, hijos y familiares)	17	11
Pensamientos de discapacidad, injusticia y preocupaciones familiares	17	11
Problemas económicos	7	4
<b>Tratamiento psicológico actual</b>		
No	200	99
Si	3	1
<b>Dificultades para dormir</b>		
No	120	59
Si	83	41

---

**Continuación tabla 12**


---

**Dificultades para dormir** (*¿Desde hace cuánto?*) n = 83
 

---

Una semana	10	12
De dos semanas a dos meses	17	21
De tres a seis meses	9	11
De seis a doce meses	16	19
Más de un año	31	37

---

**Índices de prevalencia ansiedad, depresión y fatiga**

Los resultados derivados del HADS-11 en la subescala de ansiedad mostraron que 27% de las participantes presentó sintomatología ansiosa. De acuerdo con los puntos de corte obtenidos para la validación en esta población el 72% presentó ansiedad leve, 24% ansiedad moderada y 4% ansiedad grave. Para la subescala de depresión el 28% de las participantes presentó sintomatología depresiva. Setenta y tres por ciento en nivel leve, 22% nivel moderado y 5% en nivel grave. El promedio de la puntuación para ansiedad fue de 4.04 (DE = 2.82, variabilidad total 0-15); para la subescala de depresión la media fue de 5.43 (DE = 3.72, variabilidad total 0-17).

Los resultados derivados de la Escala breve de fatiga F-7 mostraron que el 24% presentó fatiga y de acuerdo con los puntos de corte obtenidos en la validación del instrumento en esta población 61% tenía fatiga leve, 33% fatiga moderada y 6% fatiga grave. El promedio de puntuación fue de 21 (DE 5.30, variabilidad total 6-28).

**Índices de respuestas de afrontamiento**

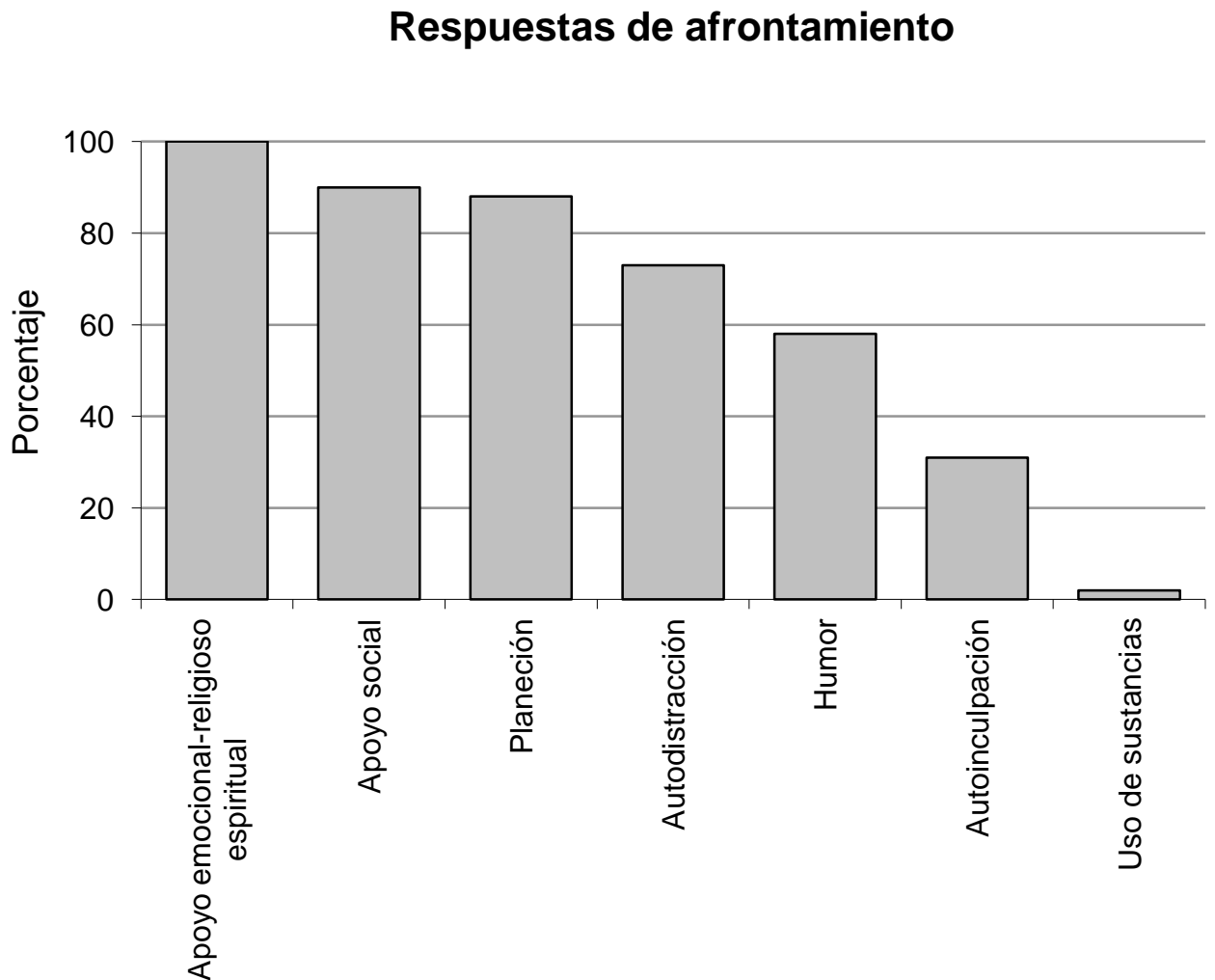
En la Figura 1 se presentan los resultados de la frecuencia de respuestas de afrontamiento derivadas de la Escala Brief COPE-17. El 100% de las participantes utilizó la subescala de apoyo emocional-religioso-

espiritual, 90% empleó apoyo social, 88% planeación y el uso de sustancias sólo se utilizó por el 2% de las participantes.

### **Correlaciones ansiedad, depresión y fatiga**

Se obtuvo una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa y depresiva ( $r = .57, p < .01$ ), el coeficiente de determinación fue de ( $r^2 = .32$ ); la correlación entre las puntuaciones de ansiedad y fatiga resultó negativa y estadísticamente significativa ( $r = -.493, p < .01$ ), el coeficiente de determinación fue de ( $r^2 = .24$ ); los resultados de la relación entre depresión y fatiga fueron negativos y estadísticamente significativos ( $r = -.452, p < .01$ ), el coeficiente de determinación fue de ( $r^2 = .19$ ).

Figura 1. Respuestas de afrontamiento utilizadas por mujeres con cáncer de mama en radioterapia en los siete días previos a la evaluación. La figura muestra la distribución de frecuencias (N = 203).



### Correlaciones ansiedad, depresión y respuestas de afrontamiento

Se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre sintomatología ansiosa y depresiva de la escala HADS-11 y algunas de las escalas de afrontamiento Brief COPE-17. Para ansiedad las relaciones positivas fueron con planeación ( $r = .22$ ), autodistracción ( $r = .28$ ) y

autoinculpación ( $r = .38$ ). Relacionó negativamente con apoyo emocional-religioso-espiritual ( $r = -.187$ ). Para depresión las relaciones positivas fueron con autodistracción ( $r = .27$ ) y autoinculpación ( $r = .35$ ) y negativamente con humor ( $r = -.32$ ), y apoyo emocional-religioso-espiritual ( $r = -.24$ ). En la tabla 13 se muestran los valores para todas las escalas.

**Tabla 13**  
**Correlación entre ansiedad, depresión y respuestas de afrontamiento**

<i>Escala de afrontamiento</i>	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>
Planeación	.225**	.102
Autodistracción	.286**	.273**
Humor	-.111	-.328**
Apoyo social	.059	-.094
Uso de sustancias	.005	-.084
Apoyo emocional-religioso-espiritual	-.187**	-.242**
Autoinculpación	.385**	.351**

\*  $p < .01$

\*\*  $p < .05$

### **Efectos de variables sociodemográficas y clínicas sobre síntomas de ansiedad y depresión**

En el análisis de varianza de una vía ANOVA se obtuvieron resultados fueron significativos para depresión en variables como: escolaridad  $F(6,203) = 2.39$ ,  $p = .009$ . En la prueba de post hoc de Games Howell la diferencia se observó entre los grupos de primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura ( $p < .05$ ) y ocupación  $F(3,203) = 1.32$ ,  $p = .009$ . La prueba post hoc de Games Howell indicó que las diferencias se encuentran entre amas de casa y empleadas ( $p < .05$ ). Para ansiedad los resultados significativos se presentaron

en la variable “vive con”  $F(6,203) = 2.69$ ,  $p = .016$ , con la prueba post Hoc de Tukey se encontraron diferencias entre las mujeres que viven solo con su pareja y aquellas que viven con su pareja e hijos ( $p < .05$ ). Situación de pareja, grupos de edad, diagnóstico y estadio y semana de radioterapia no mostraron efecto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva (tabla 5).

### **Variables predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva**

En la tabla 14 se presentan los resultados de la regresión múltiple para las puntuaciones de ansiedad. El valor total de la regresión fue de  $F(4,196) = 22.98$ ,  $p < .0001$  y múltiple  $R^2 = .319$ . Los resultados fueron significativos para fatiga ( $t = -6.43$ ,  $p = .0001$ ); escolaridad ( $t = -2.83$ ,  $p = .01$ ); autoinculpación ( $t = 2.77$ ,  $p = .01$ ) y semana de radioterapia ( $t = -2.00$ ,  $p = .05$ ).

**Tabla 14**

#### **Análisis de regresión múltiple que pronostica sintomatología ansiosa**

<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>SEB</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>
Paso 1				.243	.240
Fatiga	-.219	.034	-.410		
Paso 2				.277	.270
Escolaridad	-.307	.109	-.168		
Paso 3				.305	.295
Autoinculpación	.486	.176	.176		
Paso 4				.319	.305
Semana de radioterapia	-.241	.120	-.118		

Tabla 15

**Medias, desviaciones estándar y análisis de varianza de una vía (ANOVA) para los efectos de variables sociodemográficas sobre síntomas de ansiedad y depresión**

<b>Escolaridad</b>															
	Ninguna		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Carrera técnica		Licenciatura		Posgrado		ANOVA
<b>Variables</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>F (6,203)</b>
Depresión	7.20	4.65	<b>5.18</b>	3.65	<b>5.22</b>	3.26	<b>3.05</b>	2.29	3.37	3.53	<b>2.67</b>	1.84	5.0	5.65	4.107**
<b>Ocupación</b>															
	Ama de casa		Jubilada		Empleada		Trabajo por su cuenta								ANOVA
<b>Variables</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>F (3, 203)</b>
Depresión	<b>5.04</b>	3.54	4.17	3.27	<b>3.13</b>	2.99	4.20	3.40							3.962**
<b>Vive con</b>															
	Pareja		Esposo/hijos		Esposo, hijos y familiares		Sola		Familiares		Hijos		Hijos y familiares		ANOVA
<b>Variables</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>F (6,203)</b>
Ansiedad	<b>2.70</b>	2.45	<b>4.83</b>	3.04	3.15	2.07	3.57	2.17	3.30	2.33	3.82	2.72	4.40	3.64	2.690*

En la tabla 16 se presentan los resultados de la regresión múltiple para las puntuaciones de depresión. El valor total de la regresión fue de  $F(5,195) = 28.54$ ,  $p < .0001$  y múltiple  $R^2 = .423$ . Los resultados fueron significativos para fatiga ( $t = -5.91$ ,  $p = .0001$ ), humor ( $t = -5.72$ ,  $p = .0001$ ), escolaridad ( $t = -3.58$ ,  $p = .0001$ ), autoinculpación ( $t = 2.88$ ,  $p = .01$ ) y efectos secundarios ( $t = 2.79$ ,  $p = .01$ ).

**Tabla 16**

**Análisis de regresión múltiple que pronostica sintomatología depresiva**

Variable	B	SEB	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
Paso 1				.205	.201
Fatiga	-.228	.039	-.353		
Paso 2				.328	.322
Humor	-.580	.101	-.319		
Paso 3				.374	.364
Escolaridad	-.440	.123	-.199		
Paso 4				.400	.387
Autoinculpación	.566	.197	.170		
Paso 5				.423	.408
Total efectos secundarios	.244	.088	.156		

**Discusión**

Los tratamientos para el cáncer representan experiencias estresantes que causan distrés psicológico para un porcentaje importante de personas que padecen esta enfermedad. Uno de los propósitos de esta fase del estudio



consistió en evaluar la prevalencia de distrés psicológico (ansiedad y depresión) que presentan mujeres mexicanas con cáncer de mama cuando se encuentran recibiendo radioterapia. Los resultados indican que casi una tercera parte presenta ansiedad y/o depresión. Estos datos son similares a los encontrados por otros autores donde también se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en mujeres con cáncer de mama y cáncer ginecológico en situaciones ambulatorias y de hospitalización (Reuter et al., 2007). Sin embargo, los hallazgos difieren notablemente de aquellos estudios en donde la fase de tratamiento era la radioterapia. Los índices reportados van de 10% a 20% para ansiedad, y de 1.5% a 9% para depresión (Aass et al., 1997; Stiegelis et al., 2007). En otros estudios, los valores oscilan de 40% a 47% (Mose et al., 2001). Esta variabilidad podría ser explicada por diferencias metodológicas como el número de participantes, tipo de muestra, estadio de la enfermedad, momento de la evaluación y puntos de corte.

En la literatura se reporta que los índices de prevalencia de distrés están asociados a factores derivados del cáncer, del paciente, de la sociedad y la cultura (NCI, 2009). En el caso de nuestro estudio el porcentaje más alto se encontró en los factores derivados del cáncer. Casi las tres cuartas partes de las participantes refirieron que haber recibido el diagnóstico, estar en tratamiento y experimentar los efectos secundarios fueron razones que las deprimieron. Sin embargo, aunque el porcentaje fue menor también reportaron que la falta de apoyo social percibido (p. ej., “lo que más me duele es que mis hijos no me vengán a ver”, “mis hermanos no me hablan para preguntarme cómo estoy”), los problemas económicos (p. ej., “no sé cómo le vamos a hacer tenemos muchos

gastos y yo no puedo trabajar”) y los pensamientos de injusticia (p. ej., “por qué yo, por qué a mí si soy buena gente”, “Por qué me mandaste esto Señor”, “Por qué a mí si yo ya tenía otras enfermedades”, “ pensaba que me dio cáncer porque era mala”, “no me la merezco”, “si hay tanta gente que mata, porqué a mí”, Esto es una pesadilla”), discapacidad ( p. ej., “voy a ser una carga para mi familia”, “no quiero acabar con dolor, sufrimiento, dependencia”, “ tengo miedo de terminar en una cama”, “ la radioterapia me va a curar una cosa y me va a descomponer otra”) y las preocupaciones familiares (p. ej., “ me voy a morir y mis hijos se quedarán solos”, “mis hijas están chiquitas qué va a ser de ellas”, “mi esposo se quedará solo”, mi esposo también está enfermo”) fueron razones que las deprimieron. Estos datos son consistentes con la literatura. Diversos estudios han reportado que la falta de apoyo social es uno de los principales predictores de distrés (Crothers et al., 2005; Hegelson et al., 2004; Schnoll et al., 2002); los pensamientos también afectan sobre todo a aquellos pacientes que se perciben con pocas habilidades para la interacción social y que no tienen oportunidad de expresar emociones (Leopore & Hegelson, 1998; Leopore & Ituarte, 1999).

Es importante resaltar que durante las entrevistas las participantes constantemente nos decían que ellas no compartían a sus seres queridos sus emociones porque eran pilares de su familia, y, “si las veían que estaban mal ellos también se vendrían abajo”, también expresaban frases como “yo digo que ya lo acepté, pero cuando estoy sola lloro”; “no quiero ver que le duele más a mi familia que a mí, eso me dolería aún más”. Manifestaban que en todo el tiempo que tenían enfermas era la primera vez que podían decir todo lo que sentían.

En el caso de los síntomas de ansiedad no se incluyó una pregunta específica que hiciera referencia a las razones que les generaba este síntoma. Sin embargo, muchas de ellas manifestaron como pensamientos más frecuentes sobre la radioterapia aquellos que hacían referencia al procedimiento (p. ej., “No sé cómo será”, “No sé qué es, ni qué me van a hacer”, “me van a quemar”) y a los efectos secundarios que ocasionan (p. ej., “se me va a volver a caer el pelo”, “tengo miedo que me dañe el pulmón”, no sé qué efectos voy a tener”, “me puede dañar otro órgano, además de la piel”). Aunque al momento de la entrevista todas las pacientes ya habían recibido información por parte del médico sobre la radioterapia, los efectos secundarios y los cuidados generales, haber sido informadas no resultó suficiente para disminuir la ansiedad que les genera el estar en tratamiento. Refirieron como fuentes de información a los que acudían otros pacientes que están recibiendo el tratamiento. Otros autores también han reportado que las principales preocupaciones están relacionadas con los efectos secundarios (Peck & Boland, 1977).

Los índices de prevalencia tanto para sintomatología ansiosa como para la depresiva mostraron una tendencia similar. Estos datos confirman que el periodo en que están sometidas a radioterapia genera distrés. En ambos casos el porcentaje de síntomas se ubicó en mayor proporción en el nivel leve, seguido del moderado y por último el nivel grave. Estos datos sugieren que las pacientes que presentan distrés podrían ser beneficiadas si recibieran tratamiento psicológico durante la radioterapia.

Casi una cuarta parte de las mujeres reportó fatiga y más de la mitad puntuaron en nivel leve. La evidencia que se reporta en la literatura sobre la manifestación del síntoma hasta tres meses después de que finalizó el tratamiento (Graydon, 1994; King, Nail, Kreamer, Strohl & Johnson., 1985) nos permite suponer la posibilidad de un incremento en el número de personas que presenta el síntoma y en la intensidad de los mismos ; así como una duración prolongada. El impacto en el bienestar emocional y físico continuaría al verse afectada su funcionalidad por la presencia de este síntoma.

Los resultados de la distribución de frecuencias en las estrategias de afrontamiento ponen de manifiesto que el apoyo emocional, religioso y espiritual es una estrategia empleada en mayor o en menor medida durante el tiempo en que se encuentran en tratamiento de radioterapia e independientemente de que presenten o no distrés. Sin embargo, podríamos tratar de explicar estas diferencias en términos cualitativos. Aún cuando todas manifestaron recibir apoyo emocional, algunas reportaron haberlo recibido sólo en algún momento, otras la mayor parte del tiempo y otras más lo percibían todo el tiempo. Los relatos verbales que acompañaban estas respuestas nos hacen suponer que la calidad del apoyo emocional es lo que puede marcar la diferencia entre quienes presentan distrés y quienes no lo tienen. Algunas personas percibían como negativo el estar recibiendo apoyo de amigos, compañeros de trabajo, vecinos o gente de su comunidad religiosa en lugar de estarlo recibiendo de familiares cercanos o hijos. En cambio, otras mujeres evaluaban como positivo todo el apoyo que recibían independientemente de quien se los diera. Es posible que estas diferencias en la

percepción del apoyo social tenga un impacto en la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

En el caso del apoyo religioso y espiritual también podríamos suponer que las diferencias están en relación a las creencias que tienen sobre el hecho de tener cáncer. Algunas pacientes manifestaron que ante el hecho de recibir el diagnóstico habían sentido que estaban siendo castigadas de manera injusta (p. ej., “Dios me está cobrando hasta demás, después de esto ya no le debo nada”, “Tan mala fui que me mandaste esto”, “Diosito, por qué yo”). En cambio, quienes tomaban la experiencia como una prueba de la vida donde Dios les daría fuerza para salir de ella ( p. ej., “Dios tu sabes, lo que tenga que pasar que pase”, “Le doy gracias a Dios que aunque tengo cáncer estoy bien”, “Si me ha de mandar alivio pues bien, si no, pues me entrego en sus manos”, “Si tú me elegiste a mí, pues estoy en tus manos”). Al parecer este tipo de estrategias están relacionadas con aspectos culturales. Otros estudios donde también se ha reportado el uso de la religión como la estrategia de afrontamiento más empleada tiene como característica que las mujeres son de origen hispano (Culver, Arena, Antoni & Carver, 2002).

La versión de afrontamiento que se validó para esta población agrupó el apoyo emocional y el religioso en una sola escala, y esta presentó relación negativa y significativa con ansiedad y depresión. Estos resultados podrían explicar que un gran número de mujeres no tuviera síntomas clínicos de ansiedad ni de depresión.

De acuerdo con la literatura el apoyo social es la variable que mejor predice la adaptación. Los estudios donde se ha reportado altos índices de apoyo social los pacientes muestran bajos niveles de estrés (Crothers et al., 2005; Hegerlson et al., 2004; Schnoll et al., 2002). En contraste, aunque el apoyo social lo reportó casi el total de las participantes, no mostró asociación positiva o negativa estadísticamente significativa.

Aunque la planeación fue una estrategia utilizada en más de la mitad de las mujeres, presentó una asociación positiva con ansiedad. Al parecer a las participantes el pensar en estrategias instrumentales que les pudieran ayudar a sobrellevar aquellas situaciones relacionadas con el hecho de estar nuevamente recibiendo tratamiento les genera estrés. Esto lo manifestaban principalmente al hecho de tener que asistir todos los días al hospital, ello implicaba en algunos casos dejar a sus hijos encargados por un periodo largo, además de tener que realizar cambios en sus actividades diarias e incluso en algunos casos dejar de trabajar y recibir menores ingresos con el consecuente impacto en su economía, así como no poder realizar las labores domésticas.

La auto-distracción o desconexión (cognitiva e instrumental) además de ser reportada de forma frecuente, tuvo una asociación positiva y significativa tanto para ansiedad como para depresión. Durante las entrevistas era frecuente que nos dijeran que tenían pensamientos sobre muerte (p. ej., “Dicen que cuando se tiene esta enfermedad, se va uno a morir”, “A lo mejor no salgo de esto”, “me voy a morir”), temores a que la enfermedad les avance, que el tratamiento por lo que

trataban de no pensar y realizaban actividades para distraerse y no pensar. A diferencia de aquellas mujeres que expresaban que pensaban en el cáncer y la radioterapia porque todos los días tenían que ir al hospital pero lo hacían de forma positiva (p. ej., “la radioterapia es para mi bien”, “yo creo que ya no tengo cáncer y las radiaciones sólo son para reforzar”) en cuanto salían de ahí se ocupaban de las cosas que tenían que hacer sin que ello implicara una distracción. A diferencia de las mujeres mexicanas, cuando se utilizó el mismo instrumento en mujeres franco canadienses con cáncer de mama que recibían radioterapia sólo se reportó asociación con síntomas de ansiedad (Fillion, Kovacs, Gagnon & Endler, 2002).

Una proporción menor empleó el humor como estrategia de afrontamiento, sin embargo, es relevante que esta tuvo una asociación negativa con depresión. Tras casi un año de estar viviendo la experiencia de tener cáncer había mujeres que expresaban que por ningún motivo podrían hacer bromas, lo que hace suponer que su concepto sobre el cáncer sigue estando relacionado a los aspectos negativos de la situación. Sin embargo, es posible que estos resultados estén mediados por aspectos culturales. En estudios comparativos con mujeres hispanas, afroamericanas y mujeres blancas no hispanas, quienes reportaron altos niveles de uso de esta estrategia fueron las mujeres blancas (Culver et al., 2002). Es importante resaltar que en la validación que se hizo de este instrumento con mujeres francocanadienses la escala de autoinculpación fue eliminada porque ellas no emplean esta estrategia (Fillion et al., 2002)

La autoinculpación fue también una estrategia que aunque con menor proporción de empleo resultó con asociación positiva y significativa tanto con síntomas de depresión como de ansiedad. A casi un año o más de haber recibido el diagnóstico las mujeres se culpan o se critican por tener cáncer. Siguen expresando frases como “por qué no me di cuenta cuando el tumor estaba chiquito”, “cómo no preví el problema”, “yo que soy médica, debería de haberme dado cuenta”). Estos mismos resultados se reportaron en mujeres norteamericanas (Shapiro et al., 2011), sin embargo, en mujeres franco canadienses no se encontró asociación con distrés (Fillon et al., 2002).

El estilo de afrontamiento menos empleado fue el uso de sustancias, además de que no se encontró asociación con síntomas de ansiedad ni depresión. De forma contraria al uso frecuente del apoyo emocional, religioso y espiritual como estrategia de afrontamiento, las participantes no consideraron el empleo de alcohol y drogas como una alternativa para enfrentar lo que están viviendo. Resultados similares han sido encontrados en otros estudios (Fillion et al., 2002; Shapiro et al., 2011). Al parecer el uso de sustancias no es una estrategia de afrontamiento que sea empleada por las mujeres que tienen cáncer.

Los resultados del análisis de varianza también proporcionaron información sustancial sobre aquellas variables sociodemográficas y médicas que se relacionan con el distrés. En el caso de la sintomatología depresiva, las mujeres con menor escolaridad y las amas de casa fueron quienes presentaron las puntuaciones más altas y fueron quienes reportaron utilizar la autoinculpación



como respuesta de afrontamiento al menos en algún momento en los siete días previos a ser entrevistadas. Esto significa que independientemente de la información que han recibido por parte de los médicos sigue considerándose culpables y se critican por el hecho de tener cáncer y de tener que estar recibiendo tratamientos, así como de vivir los efectos secundarios y los cambios que hay en sus vidas y en su persona. Algunos de los pensamientos que acompañan estas respuestas son: “debí haberme dado cuenta antes”, “siempre me dediqué a los demás y no puse atención en mi salud”. Estos pensamientos nos reflejan que existe una falta de comprensión del origen de la enfermedad ya que independientemente de haber podido ser diagnosticadas en un periodo previo tendrían que haber pasado por un protocolo de tratamiento similar. Por otra parte, el estar todo el tiempo en casa disminuye la posibilidad de que puedan contar con redes de apoyo ajenas a la familia, y, como ellas no desean hacerle saber a sus seres queridos que están sufriendo no expresan las emociones negativas ni las dudas ante lo que están viviendo, lo que dificulta que se rompa ese círculo y favorece que se mantenga el malestar emocional. En el caso de ansiedad la variable vive con resultado significativa para aquellas mujeres que viven con su pareja o esposo y sus hijos(as) esto fue claro cuando expresaban su constante preocupación ante la posibilidad de morir y dejar a sus hijos y a su esposo solos.

Los resultados del análisis de regresión múltiple establecen que la fatiga y autoinculpción se relacionan positivamente con ansiedad y negativamente con escolaridad y semana de radioterapia. En el caso de depresión la fatiga,

autoinculpación y los efectos secundarios presentaron una asociación positiva y negativa con humor y escolaridad.

Estos datos confirman que las mujeres con cáncer de mama que se someten a radioterapia experimentan distrés como resultado de estrategias de afrontamiento deficientes producto de la falta de información o información defectuosa, y de los pensamientos irracionales relacionados con la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios, así como a la asociación de éstos con variables sociodemográficas y médicas. Sería de gran utilidad analizar los efectos de proporcionar apoyo psicológico durante la radioterapia, empleando técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado ser efectivas para la disminución de distrés, fatiga y para propiciar que las respuestas de afrontamiento favorezcan la adaptación e incrementen el bienestar emocional a pesar de las circunstancias. Por lo que se llevó a cabo el tercer estudio, en él se muestran los resultados de las primeras ocho pacientes que participaron en esta fase de la investigación.

### **Estudio 3**

#### **Efectos de una intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia**

Los avances médicos y tecnológicos han contribuido para que exista un mayor control sistémico sobre la enfermedad y se incremente la sobrevida de las mujeres. Sin embargo, el cáncer, sus síntomas, los tratamientos y los efectos secundarios que estos ocasionan constituyen un conjunto de factores que amenazan constantemente la vida y afectan el bienestar psicológico de quien lo padece (Ang & Khoo, 1993; Tatrow & Montgomery, 2006).

La guía práctica para el manejo del distrés (NCCN, 2010) indica que las intervenciones psicológicas deben contener componentes psicoeducativos para clarificar información concerniente con el diagnóstico, los tratamientos y los efectos secundarios, así como para informarle de aquellos factores que están relacionados con su malestar emocional; así como proporcionar entrenamiento en técnicas de relajación y consejería individual o grupal. Estos componentes se deben realizar tomando en cuenta las características de las pacientes. Por otra parte, en la guía práctica para el manejo de la fatiga relacionada al cáncer (NCCN, 2011) recomiendan las terapias cognitivo conductuales como las intervenciones no farmacológicas que pueden ser empleadas de manera individual o grupal para atender a aquellos pacientes que presenten fatiga relacionada al cáncer y a los tratamientos.

La literatura de investigación reporta que las terapias cognitivo-conductuales son herramientas efectivas para el manejo de estrés y los resultados se pueden observar en variables psicológicas, mientras que las técnicas de relajación son más efectivas para obtener resultados sobre variables fisiológicas. Por lo tanto, utilizarlas en combinación parece ser una técnica potencialmente más efectiva que cuando se utiliza una u otra (Granath, Ingvarsson, Thiele & Lundberg, 2006). Por otra parte, Jones y Johnston (2000) concluyen que las intervenciones sobre manejo de estrés deberían incluir psicoeducación en combinación con técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.

La imaginación guiada y la relajación son técnicas que se han empleado en mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos con el propósito de determinar su efectividad sobre el bienestar psicológico. Los resultados reportan que el uso de la imaginación guiada mejoró significativamente los síntomas de ansiedad, depresión y fatiga (Goodwin, Lee, Puig & Sherrard, 2005).

Se ha reportado que las intervenciones breves (menores a 20 horas) en mujeres con cáncer de mama con ansiedad leve y moderada, están asociadas con efectos clínicos moderados. Efectos similares se han encontrado en mujeres con cáncer de mama avanzado cuando se han empleado intervenciones cognitivo-conductuales. En el caso de intervenciones en las que solamente se da educación, los resultados no han mostrado ningún beneficio clínico sobre los síntomas de depresión en comparación con los efectos que se han observado en

las intervenciones cognitivo conductuales en las que se incluye educación como uno de los componentes (Naaan, Radwan, Fergusson & Johnson, 2009).

Dada la evidencia que existe en la literatura sobre la eficacia de aplicar intervenciones cognitivo conductuales en pacientes oncológicos se propone para el presente estudio evaluar la eficacia clínica de una intervención basada en técnicas cognitivo conductuales para la disminución de síntomas que generan malestar emocional, así como la modificación de estrategias de afrontamiento que lo mantienen en mujeres con cáncer de mama en radioterapia.

### **Objetivo**

El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología ansiosa, depresiva, fatiga y las respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. Se buscó responder a las siguientes preguntas:

¿La intervención cognitivo conductual favorece la disminución de sintomatología ansiosa en pacientes con cáncer de mama en radioterapia?

¿La intervención cognitivo conductual favorece la disminución de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama en radioterapia?

¿La intervención cognitivo conductual favorece la disminución de fatiga en pacientes con cáncer de mama en radioterapia?

¿La intervención cognitivo conductual favorece cambios en las respuestas de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia?

## Método

### Participantes

Durante los meses de marzo a julio de 2012 se entrevistaron y evaluaron 36 mujeres con cáncer de mama con indicación médica de recibir radioterapia. Diecisiete mujeres (48%) no reportaron sintomatología y diecinueve mujeres (52%) si la presentaron. Adicional a los síntomas de ansiedad y/o depresión los criterios de inclusión en el estudio fueron: no estar recibiendo tratamiento psicológico, no presentar metástasis, tener indicaciones médicas de recibir 25 sesiones de radioterapia, con diagnóstico de cáncer de mama en estadios de 0-III C, participar de forma voluntaria y firmar el consentimiento informado. Del total de pacientes con sintomatología no participaron ocho. Las razones para no participar fueron: contraindicaciones médicas (metástasis, faltaban estudios por realizar) para iniciar radioterapia ( $n = 2$ ), estar recibiendo tratamiento psicológico ( $n = 1$ ), dificultades personales (el acompañante no dispone del tiempo) para poder asistir al tratamiento psicológico ( $n = 5$ ). Once pacientes cubrieron todos los criterios de inclusión. Una paciente abandonó el tratamiento en la quinta sesión por requerir de internamiento en hospital por metástasis en cerebro y dos pacientes no completaron todos los registros de evaluación postest y seguimiento. El número final de participantes fue ocho.

## Variables

### **Evaluaciones y mediciones**

Entrevista estructurada, y los instrumentos, Escala de Ansiedad y Depresión HADS-R11 (Ornelas-Mejorada & Sánchez-Sosa, 2011), Escala de afrontamiento Brief COPE-17 ( Ornelas-Mejorada, Tufiño, Vite, Tena, Riveros & Sánchez-Sosa, 2013) y Escala breve de fatiga FACIT-F7 (en prensa) previamente validados en esta población.

### **Diseño**

Ensayo clínico con 7 réplicas individuales del efecto clínico.  
Evaluación pretest, postest y seguimiento a un mes finalizado el tratamiento.

### **Procedimiento**

**Procedimiento de radioterapia-** Las pacientes acudían al servicio de radioterapia del Centro Médico Nacional Siglo XXI para recibir la indicación del inicio de su tratamiento. Debido a que los equipos fueron cambiados, las pacientes eran subrogadas a la ciudad de Toluca

**Procedimiento de selección de pacientes-** Se acudió al Instituto Oncológico Mexiquense en la ciudad de Toluca. Una vez obtenida la lista de pacientes que procedían del Centro Médico Nacional Siglo XXI del servicio de radioterapia se le llamaba a cada paciente y se les explicaba que se estaba

realizando una investigación para tesis doctoral de psicología en la UNAM con mujeres con cáncer de mama que recibirían radioterapia cuyo objetivo era detectar a aquellas pacientes que presentaban malestar emocional e invitarlas a recibir apoyo psicológico durante su tratamiento. Se les explicaba que toda información que nos proporcionaran sería confidencial y en ningún momento interferiría su decisión de participar o no con su tratamiento oncológico. Una vez obtenido su consentimiento verbal se procedía a hacer la entrevista y la aplicación de instrumentos de evaluación. El trabajo estuvo a cargo de una psicóloga con grado de maestría y estudiante de doctorado y una tesista de licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) especialmente entrenada en la aplicación de instrumentos y en la realización de entrevistas. Aquellas pacientes que no tenían sintomatología ansiosa y/o depresiva se les agradecía su participación y su tiempo, se les entregaba un tríptico informativo sobre cáncer de mama, radioterapia, efectos secundarios y cuidados generales y se les informaba que si en algún momento durante su tratamiento consideraban necesario recibir apoyo psicológico nos podían contactar y serían canalizadas al servicio de psicooncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. A las pacientes con ansiedad y/o depresión se les invitaba a participar en la intervención y se les explicaba que el tratamiento consistía en cinco sesiones de 120 minutos una cada semana durante el tiempo que estuvieran recibiendo la radioterapia y una sesión de seguimiento un mes después de haber finalizado el tratamiento psicológico. Quienes se mostraban interesadas se les informaba que debíamos esperar a que el médico les diera indicación sobre la fecha de inicio de



su tratamiento, y, que el instituto les asignara el horario. Finalmente se firmaba el consentimiento informado y se acordaba día y hora de la primera sesión de tratamiento psicológico.

**Procedimiento de la intervención cognitivo conductual-** Todas las sesiones de la intervención fueron conducidas por la estudiante de doctorado, y apoyadas por la tesista de licenciatura para la revisión de formatos de auto-registro y aplicaciones posttest y seguimiento. La intervención se dio por diadas y un grupo que se conformó con tres participantes. El procedimiento de la intervención fue desarrollado específicamente para esta población (ver figura 2).

### **Secuencia de intervención**

En esta sección se describe de manera general el procedimiento de las sesiones (ver anexo 10)

### **Sesión 1- “ Conocer, aprender y practicar para sentirme mejor”**

Una vez que las participantes habían recibido su sesión de radioterapia pasaban al consultorio que nos habían asignado para trabajar. A cada una se le daba la bienvenida y se procedió a hacer la presentación tanto de las psicólogas como de cada participante con la finalidad de romper el hielo. Se les explicaba que los objetivos de la intervención serían:

- **Trabajar con aquellos aspectos de la enfermedad y los tratamientos que han impactado su bienestar emocional.**

- **Aprender nuevas formas de enfrentar el hecho de tener cáncer, recibir tratamientos oncológicos (en este caso radioterapia) y tener efectos secundarios.**
- **Mejorar el bienestar emocional y físico.**

También se les informaba que cada sesión se trabajarían aspectos específicos, así como la importancia de la realización de las actividades que se designaran debido a que tanto para ellas como para nosotras el llenado de los formatos de registro nos permitiría ver los avances así como aquellos aspectos en los que hubiera que dar más énfasis para alcanzar el logro de los objetivos. Mediante una presentación en power point se explicaba qué es el cáncer, qué es la radioterapia y los efectos secundarios que ocasiona. Las participantes exponían sus dudas y sus creencias. El objetivo detectar déficit de información y creencias irracionales y debatirlas. Se explicaba sobre estrés y el efecto que tiene sobre las emociones, las conductas y las respuestas corporales. Se explicaba la utilidad del manejo del estrés y de contar con herramientas para enfrentarlo sin que ello tuviera un impacto negativo, se explicaba sobre la respiración y se ejemplificaba mediante un video la manera de hacer respiración diafragmática. Se supervisó la práctica y se realizó el ejercicio de relajación mediante un audio. Al finalizar el ejercicio se indagaba como se sentían y se les pedía que describieran las sensaciones que les había provocado el hacer el ejercicio. Al final se explicaba el llenado de los formatos y se entregaba un disco con el audio del ejercicio de relajación y los formatos en un folder.

## **Sesión 2- “Comprender para cambiar”**

Llegando al instituto las participantes entregaban su folder con los formatos de auto-registro: Efectos secundarios de la (ESR), escala de pensamientos molestos (ESPENMO), escala breve de situaciones activadoras de estrés (EB-SITAC), cuestionario de fatiga FACIT F7. Al inicio de la sesión se les daba la bienvenida y se les agradecía su presencia. Se les preguntaba si habían tenido problemas con el llenado de los formatos y se aclaraba la razón (en caso de que existieran) de haber omitido llenar alguno de los reactivos. Se preguntaba sobre la práctica del ejercicio de relajación, la dificultad de realizarlo y la utilidad de hacerlo; además de preguntarles sobre la manera en que se habían sentido durante la semana. El siguiente paso era supervisar la manera en que estaban realizando la respiración diafragmática, por lo que se procedía a realizar el ejercicio por medio del audio y observar si la técnica estaba siendo realizada adecuadamente. Se trabajaba con las creencias acerca de que diagnóstico de cáncer es igual a depresión, ansiedad y fatiga. Utilizando el modelo ABC se explicaba la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. A través de debate empírico se trabajó con los pensamientos “me voy a morir” y “no me voy a curar”. Utilizando ejemplos, se demostraba que la situación de tener cáncer no era la razón de su depresión o ansiedad, sino los pensamientos que mantenían, se ponían ejemplos para lograr como resultado emociones funcionales de tristeza y miedo, en lugar de depresión y angustia. Se entregaban al final los formatos de auto-registro y se agradecía su participación y su confianza.

### **Sesión 3.- “Generando los cambios”**

Llegando al instituto las participantes entregaban su folder con los formatos de auto-registro: Efectos secundarios de la (ESR), escala de pensamientos molestos (ESPENMO), escala breve de situaciones activadoras de estrés (EB-SITAC), cuestionario de fatiga FACIT F7. Al inicio de la sesión se les daba la bienvenida y se les agradecía su presencia. Se les preguntaba si habían tenido problemas con el llenado de los formatos y se aclaraba la razón (en caso de que existieran) de haber omitido llenar alguno de los reactivos. Se preguntaba sobre la práctica del ejercicio de relajación, la dificultad de realizarlo y la utilidad de hacerlo; además de preguntarles sobre la manera en que se habían sentido durante la semana. El siguiente paso era supervisar la manera en que estaban realizando la respiración diafragmática, por lo que se procedía a realizar el ejercicio por medio del audio y observar si la técnica estaba siendo realizada adecuadamente. Se trabajaba con las creencias acerca de que diagnóstico de cáncer es igual a depresión, ansiedad y fatiga. Utilizando el modelo ABC se explicaba la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. A través de debate empírico se trabajó con los pensamientos “me voy a morir” y “no me voy a curar”.. Además se enfatizaba acerca del efecto que tiene sobre las emociones el cambio de los pensamientos utilizando para ello el material del formato de situaciones activadoras de estrés (EB SITAC), además de lo que compartía cada una de las participantes. Se entregaba un formato extra para que realizaran un registro ABC. Se reforzaba el uso de las estrategias cuando además eran aplicadas para situaciones que ellas consideraban estresantes en otras áreas de sus vidas.

**Sesión 4. “Herramientas para enfrentar el problema y lograr sentirme mejor”**

Llegando al instituto las participantes entregaban su folder con los formatos de auto-registro: Efectos secundarios de la (ESR), escala de pensamientos molestos (ESPENMO), escala breve de situaciones activadoras de estrés (EB-SITAC), cuestionario de fatiga FACIT F7. Al inicio de la sesión se les daba la bienvenida y se les agradecía su presencia. Se les preguntaba si habían tenido problemas con el llenado de los formatos y se aclaraba la razón (en caso de que existieran) de haber omitido llenar alguno de los reactivos. Se preguntaba sobre la práctica del ejercicio de relajación, la dificultad de realizarlo y la utilidad de hacerlo; además de preguntarles sobre la manera en que se habían sentido durante la semana. El siguiente paso era supervisar la manera en que estaban realizando la respiración diafragmática, por lo que se procedía a realizar el ejercicio por medio del audio y observar si la técnica estaba siendo realizada adecuadamente. Se trabajaba con las creencias acerca de que diagnóstico de cáncer es igual a depresión, ansiedad y fatiga. Utilizando el modelo ABC se explicaba la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. A través de debate empírico se trabajaba con los pensamientos irracionales que manifestaban seguir teniendo durante esa semana y se motivaba para que generaran pensamientos alternativos funcionales. Se reforzaban positivamente la práctica del ejercicio de relajación, así como su participación y el esfuerzo por sustituir los pensamientos irracionales por pensamientos positivos y funcionales. Se hacía énfasis en los cambios y en la utilidad de conocer y practicar nuevas formas de enfrentar la

situación. Se reforzaba el uso de las estrategias cuando además eran aplicadas para situaciones que ellas consideraban estresantes en otras áreas de sus vidas.

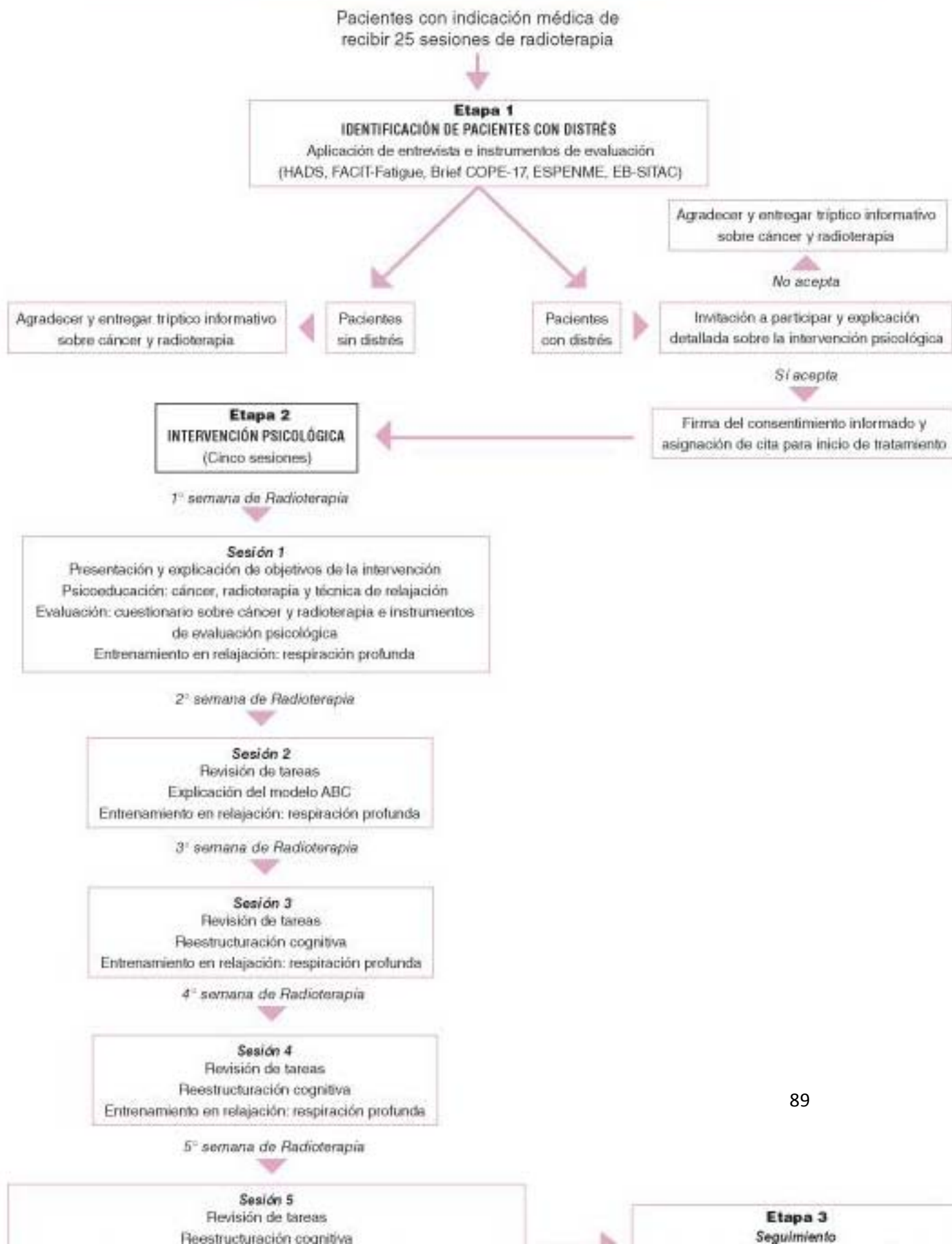
### **Sesión 5.- “Recordar y confiar en mis habilidades para sentirme mejor”**

Llegando al instituto las participantes entregaban su folder con los formatos de auto-registro: Efectos secundarios de la (ESR), escala de pensamientos molestos (ESPENMO), escala breve de situaciones activadoras de estrés (EB-SITAC), cuestionario de fatiga FACIT F7. Al inicio de la sesión se les daba la bienvenida y se les agradecía su presencia. Se les preguntaba si habían tenido problemas con el llenado de los formatos y se aclaraba la razón (en caso de que existieran) de haber omitido llenar alguno de los reactivos. Se preguntaba sobre la práctica del ejercicio de relajación, la dificultad de realizarlo y la utilidad de hacerlo; además de preguntarles sobre la manera en que se habían sentido durante la semana. El siguiente paso era supervisar la manera en que estaban realizando la respiración diafragmática, por lo que se procedía a realizar el ejercicio por medio del audio y observar si la técnica estaba siendo realizada adecuadamente. Se trabajaba con las creencias acerca de que diagnóstico de cáncer es igual a depresión, ansiedad y fatiga. Utilizando el modelo ABC se explicaba la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y conductas. A través de debate empírico se trabajaba con los pensamientos irracionales que manifestaban seguir teniendo durante esa semana y se motivaba para que generaran pensamientos alternativos funcionales. Se reforzaban positivamente la práctica del ejercicio de relajación, así como su participación y el esfuerzo por sustituir los pensamientos

irracionales por pensamientos positivos y funcionales. Se enfatizaba en la importancia de seguir practicando y se recordaban algunos ejemplos sobre los logros alcanzados. Se realizaban las aplicaciones posttest del COPE-17 y del cuestionario de evaluación del tratamiento. Se agradecía su participación y se establecía la fecha del seguimiento. Debido a que al final había varias pacientes que presentaban puntajes de depresión mayores a los de las puntuaciones pretest se les propuso verlas en dos ocasiones posteriores para trabajar con los aspectos personales que generaban el estado emocional.

Un mes después se realizaba el seguimiento y se aplicaban nuevamente HADS R11, COPE-17, FACIT F7 y Efectos secundarios de la radioterapia ESR. Se preguntaba si seguían practicando el ejercicio de relajación, así como de su estado general de salud física. Se agradecía nuevamente su activa y entusiasta participación.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN RADIOTERAPIA





## **Resultados**

De las ocho participantes 75% presentó ansiedad leve y/o moderada, 25% presentó depresión leve y/o moderada y 12% presentó sintomatología ansiosa y depresiva leve en la evaluación pretest.

El rango de edad fue de 37 a 64 años. El 50% eran separadas y trabajaban como empleada o comerciante. De las mujeres que eran casadas, las dos más jóvenes tenían hijos de 3 a 13 años de edad. Sesenta y dos por ciento estudiaron primaria y secundaria, 33 % estudió bachillerato y licenciatura. Todas eran católicas (ver tabla17 ).

El 75% fueron seleccionadas por presentar ansiedad en la evaluación pre test. En la evaluación postest el 100% no tuvo síntomas clínicos de ansiedad y en el seguimiento (ver tabla 3). El 37.5% presentó sintomatología depresiva. En la evaluación postest el 75% no presentaron depresión (ver tabla 18).

Antes de iniciar el tratamiento 50% de las participantes no presentó síntomas de fatiga clínica y el otro 50% tuvo síntomas leves. En la última semana en el 75% aumentaron los síntomas, pero sólo 37% reportaron fatiga leve y grave. En el seguimiento a un mes 87% no presentó fatiga clínica y en el 62% las puntuaciones eran menores que las obtenidas en la evaluación pretest (ver figura 5).

Tabla 18.

## Características sociodemográficas (n= 8)

Part.	Edad	Situación de pareja	Ocupación	Número de hijos	Escolaridad	Religión
1	43	Casada	Hogar	3	Secundaria	Católica
2	62	Casada	Hogar	2	Secundaria	Católica
3	55	Separada	Comerciante	5	Primaria	Católica
4	40	Separada	Empleada	2	Preparatoria	Católica
5	54	Separada	Empleada	5	Primaria	Católica
6	64	Viuda	Hogar	5	Primaria	Católica
7	37	Casada	Docente y contadora	2	Licenciatura	Católica
8	51	Separada	Empleada	1	Bachillerato	Católica

La respuesta de afrontamiento que emplearon con mayor frecuencia fue el apoyo emocional, religioso y espiritual; seguido de autodistracción, planeación y apoyo social. En la evaluación posttest reportaron seguir utilizando las mismas estrategias. En el seguimiento la respuesta de autoinculpación fue la única respuesta que dejó de utilizarse.

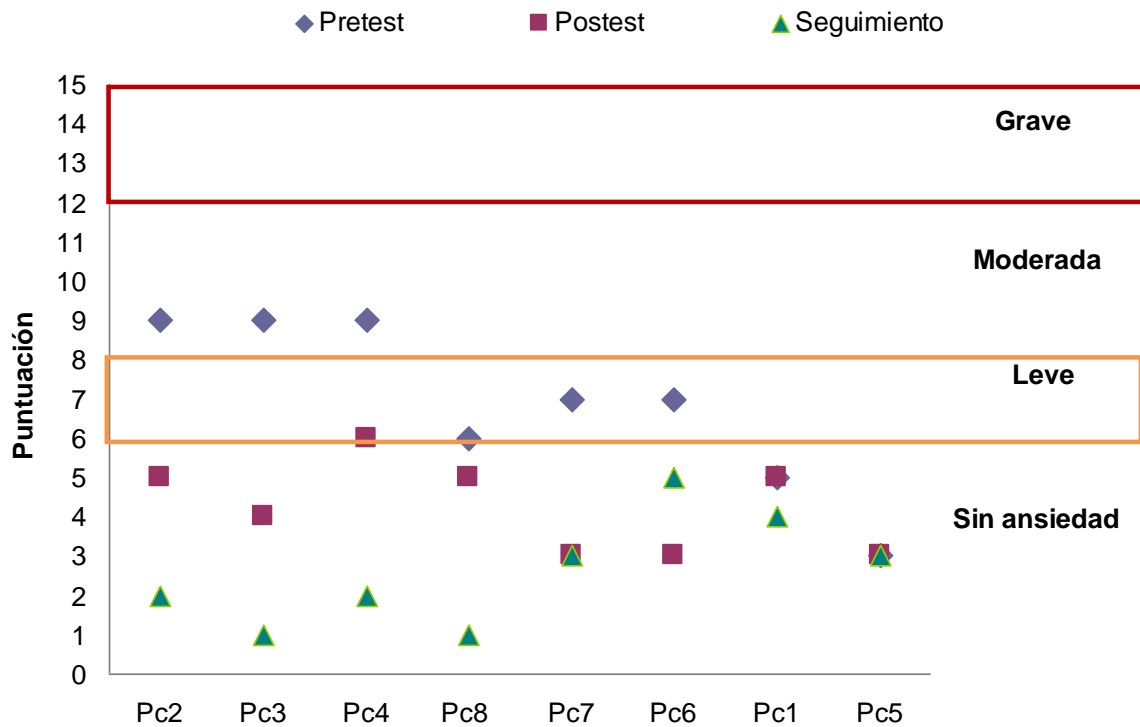


Figura 3. Puntaje de sintomatología ansiosa de las evaluaciones, pre-test, postest y seguimiento por participante.

El 100% de las participantes presentó dos o más pensamientos irracionales. Al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento se observó claramente la disminución de la frecuencia de los mismos.

Antes de iniciar las radiaciones todas manifestaron tener algún efecto secundario como resultado de los tratamientos recibidos previamente. Al finalizar, se observó un aumento de síntomas en todas y un mes después los siguieron reportando ( ver figura 8).

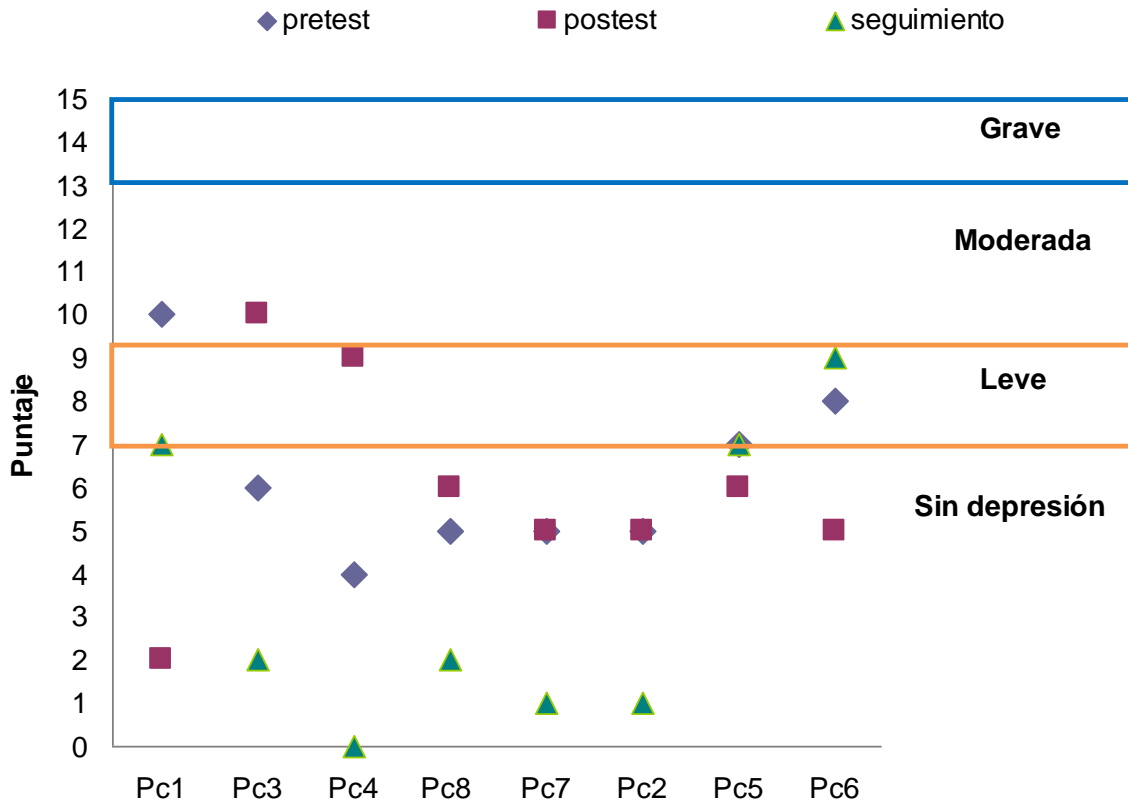


Figura 4. Puntaje de sintomatología depresiva de las evaluaciones, pre-test, postest y seguimiento por participante.

Antes de iniciar el tratamiento 50% de las participantes no presentó síntomas de fatiga clínica y el otro 50% tuvo síntomas leves. En la última semana en el 75% aumentaron los síntomas, pero sólo 37% reportaron fatiga leve y grave. En el seguimiento a un mes 87% no presentó fatiga clínica y en el 62% las puntuaciones

eran menores que las obtenidas en la evaluación pretest. Las diferencias en la puntuación obtenida durante las evaluaciones resultó estadísticamente y clínicamente significativa (ver figura 5).

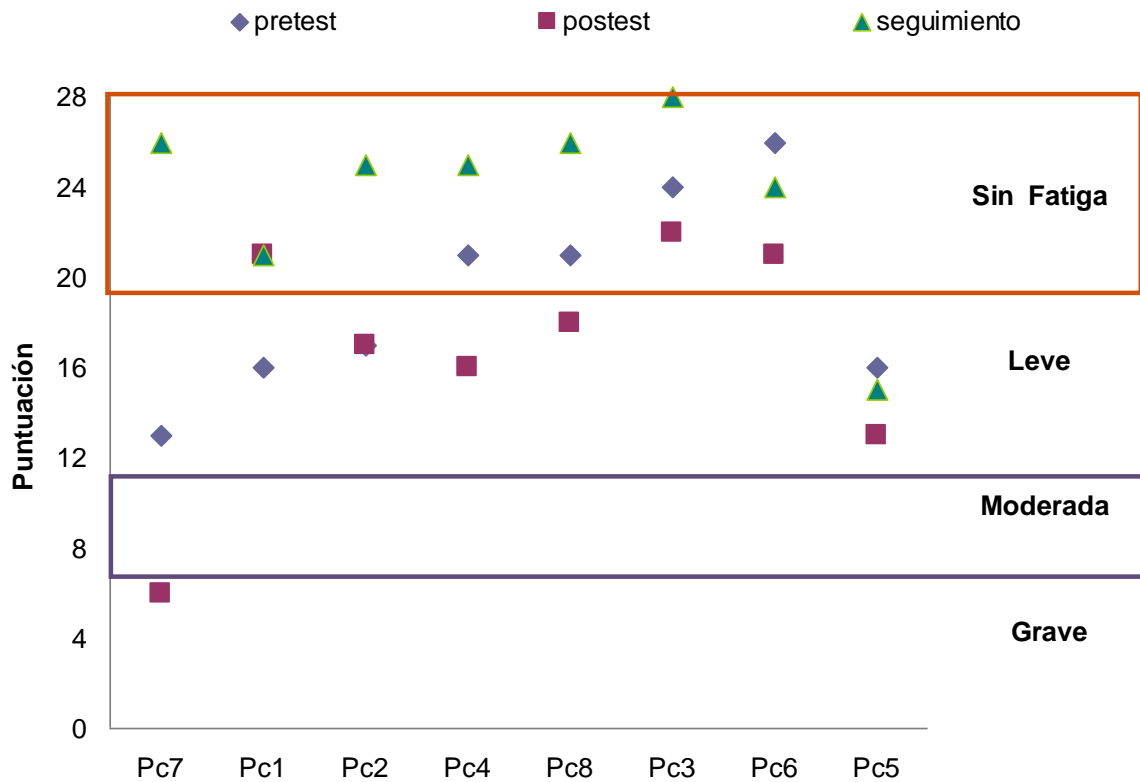


Figura 5. Puntaje de fatiga de las evaluaciones, pre-test, postest y seguimiento por participante.

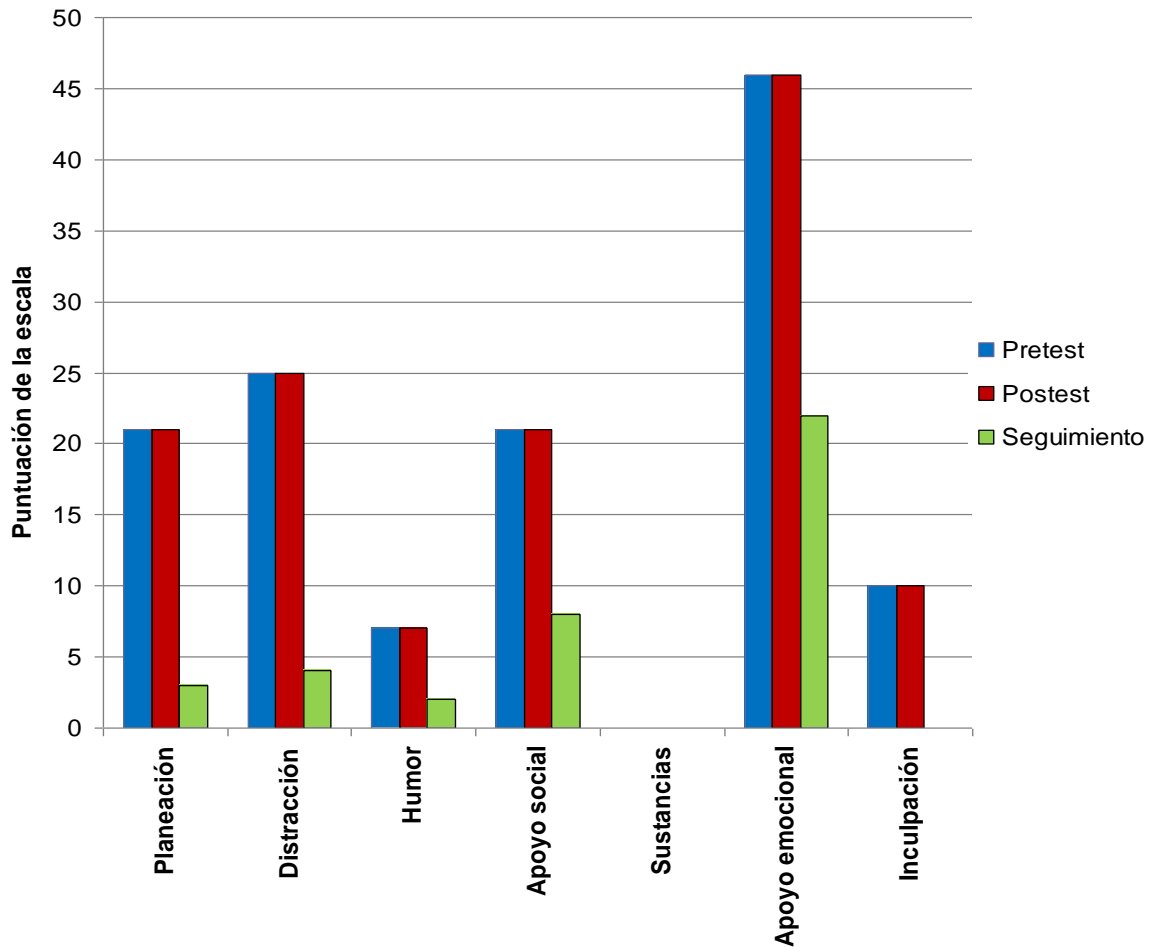


Figura 6.- Distribución de frecuencias de las respuestas de afrontamiento del total de las participantes en las evaluaciones pretest, postest y seguimiento

Durante las cuatro semanas de registro del ejercicio de relajación, todas las participantes lo practicó más del 50% de las veces que se les indicó (ver figura 9).

En todos los casos las participantes reportaron estar más relajadas después de haber practicado el ejercicio ( ver figuras 10-17).

Los resultados del análisis bifactorial por rangos de Friedman fueron significativos para los síntomas de ansiedad, fatiga y las respuestas de afrontamiento de planeación, apoyo social y autoinculpación (ver tabla 18).

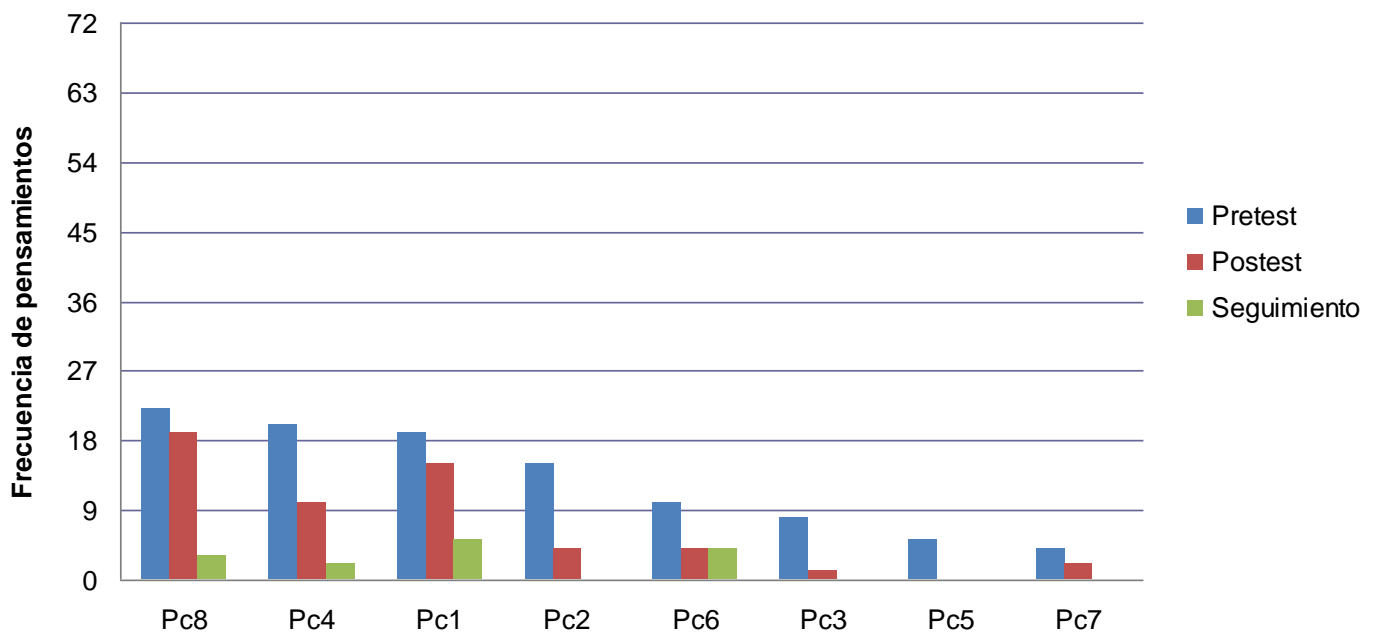


Figura 7. Frecuencia de pensamientos irracionales pre-test, posttest y seguimiento por participante.

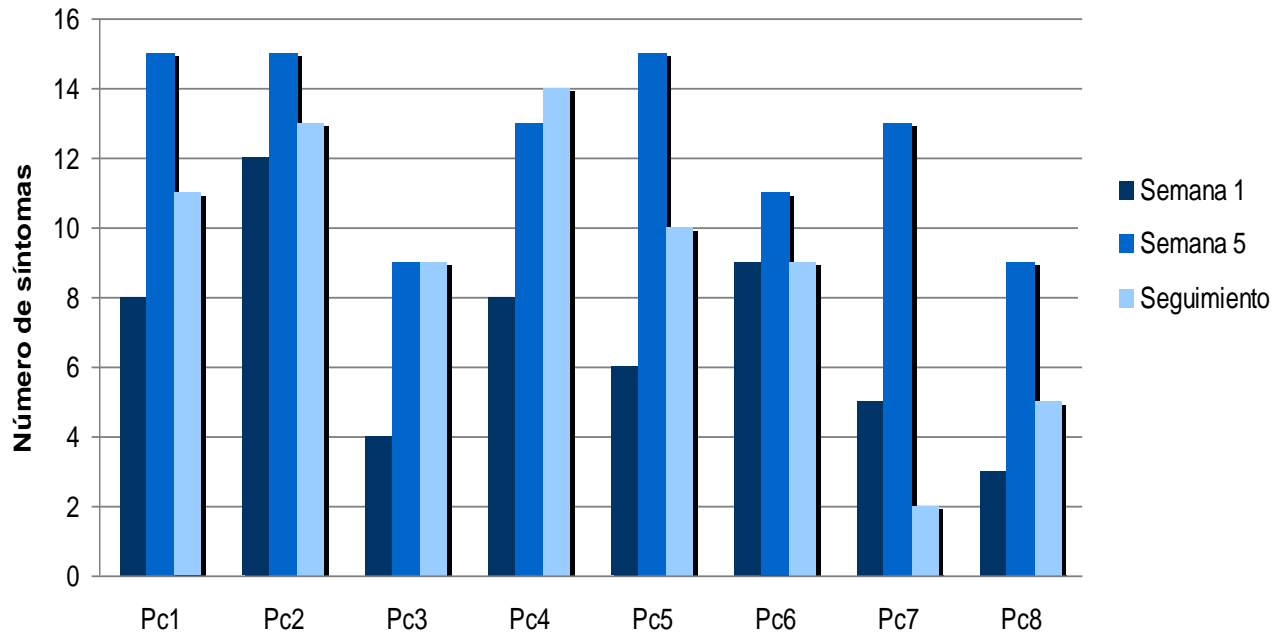


Figura 8. Frecuencia de síntomas (efectos secundarios) de la radioterapia pre-test, postest y seguimiento por participante.



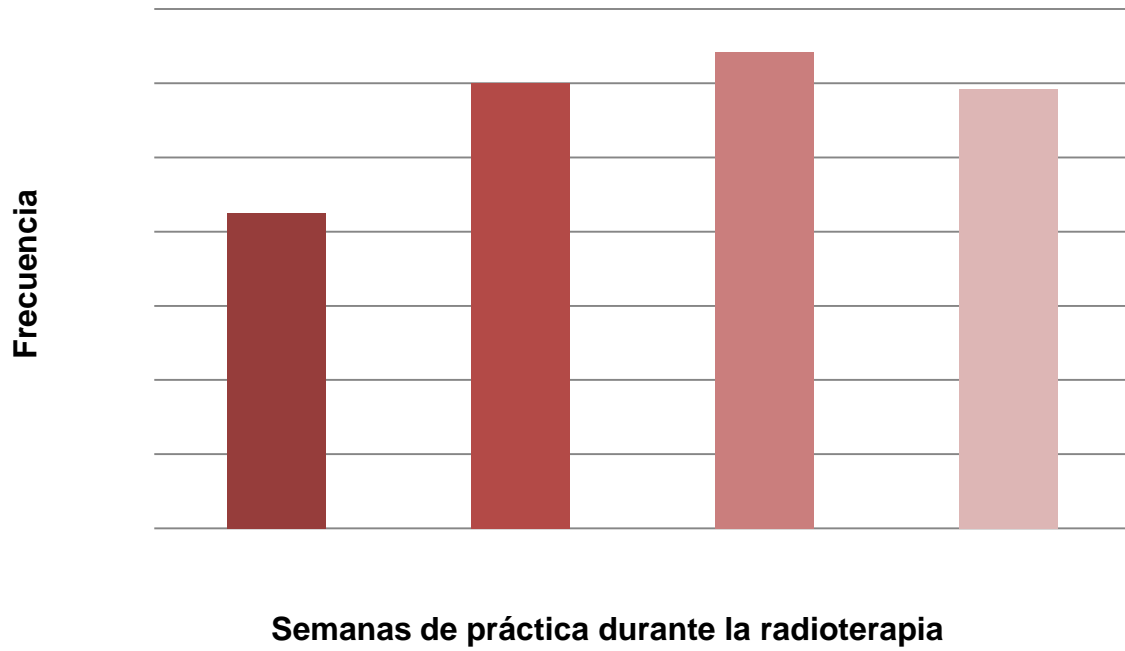


Figura 9.- Frecuencia de práctica de ejercicio de relajación en cada semana

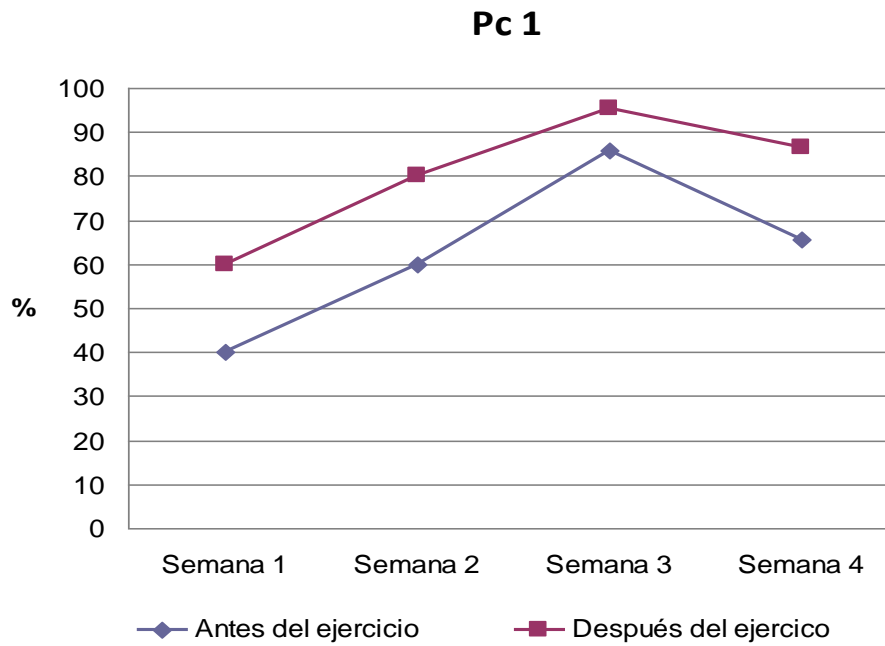


Figura 10. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

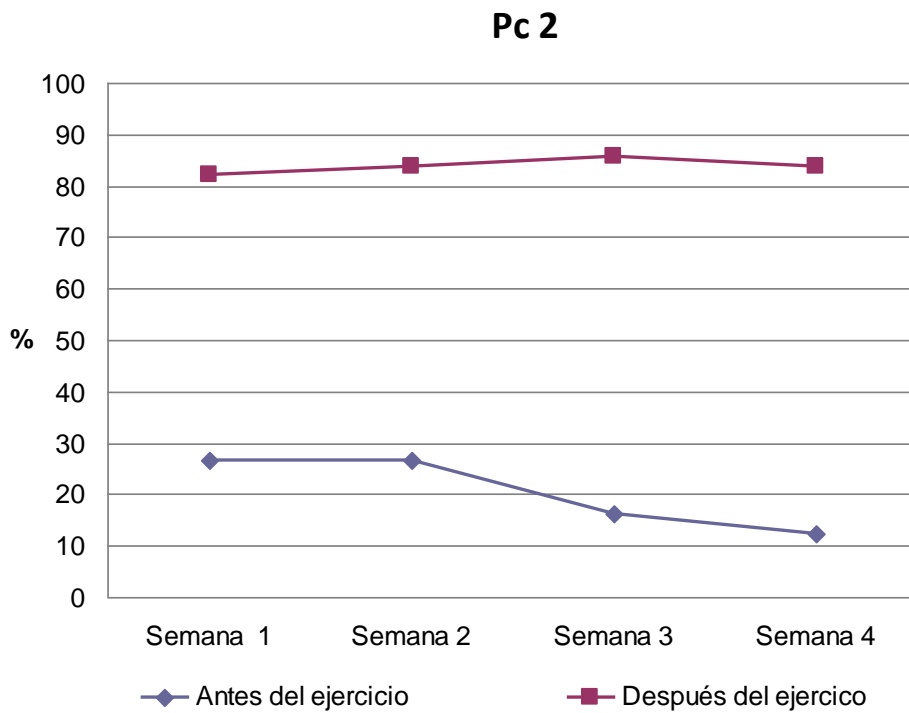


Figura 11. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

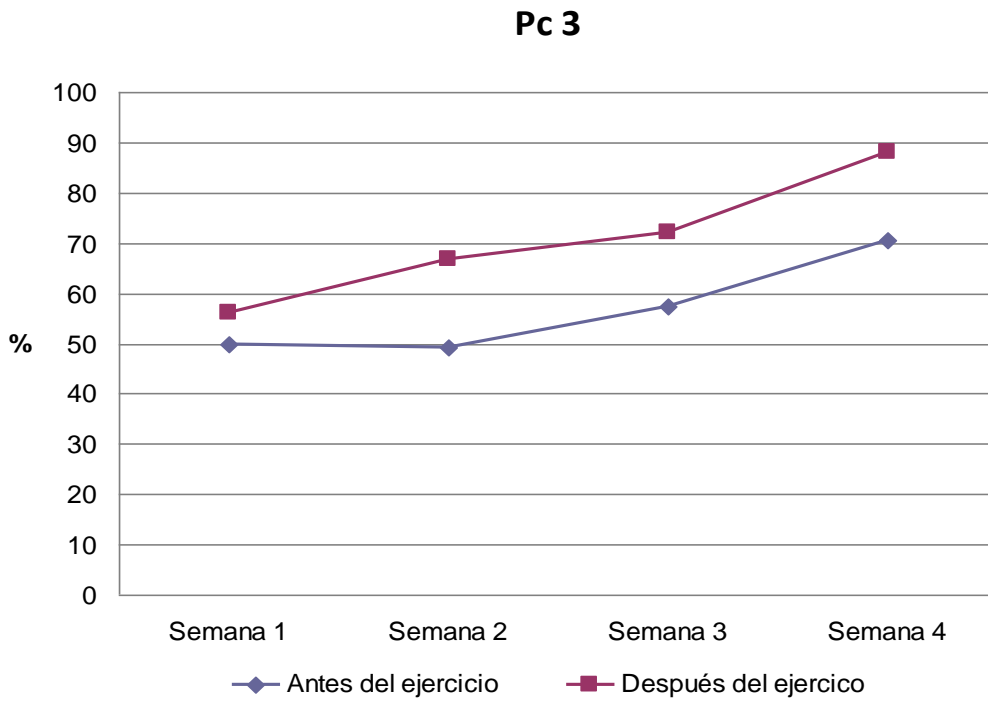


Figura 12. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

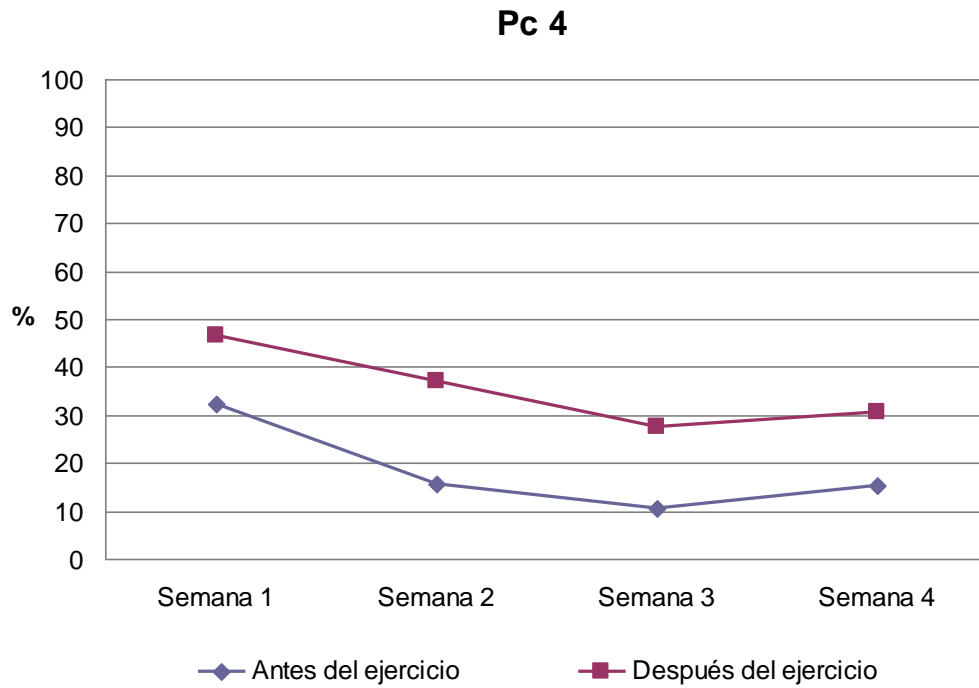


Figura 13. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

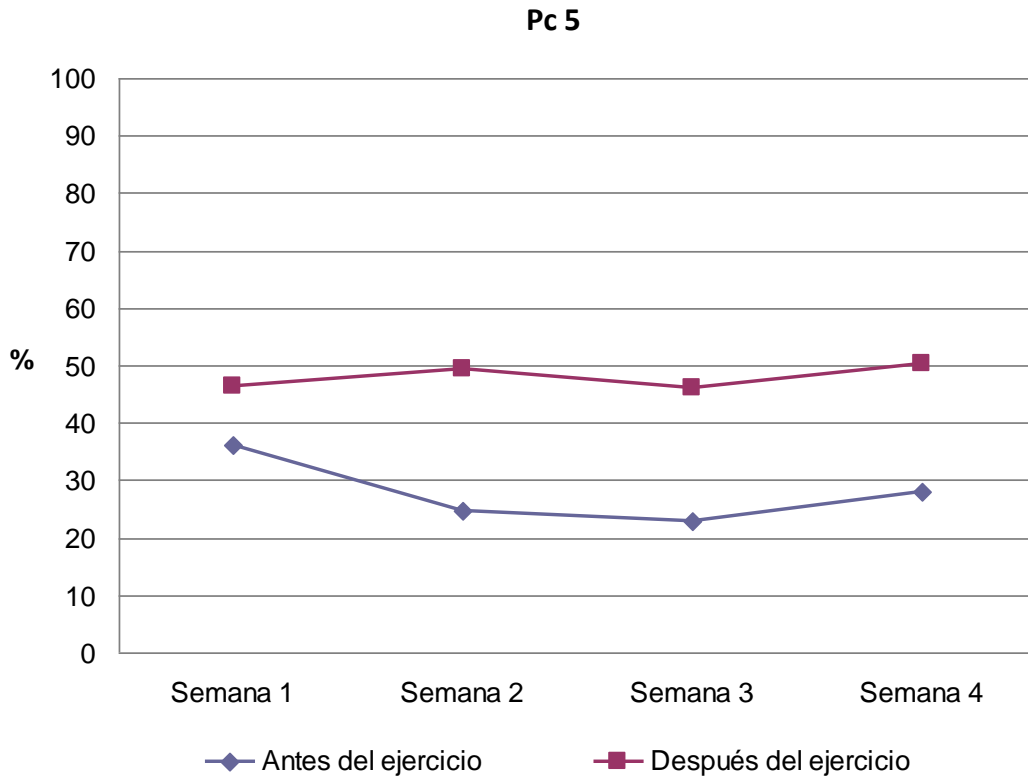


Figura 14. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

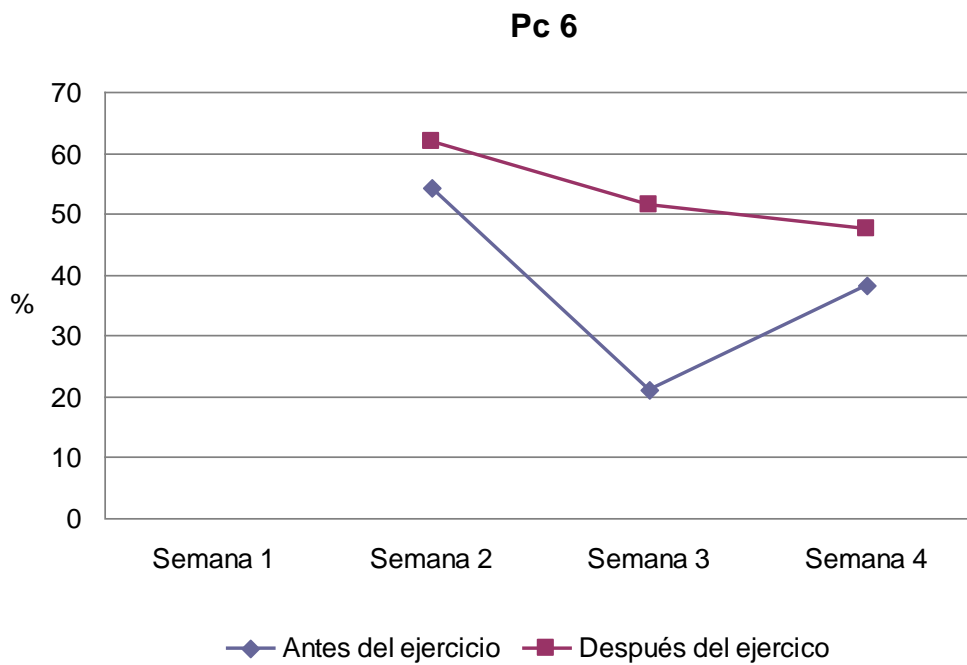


Figura 15. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

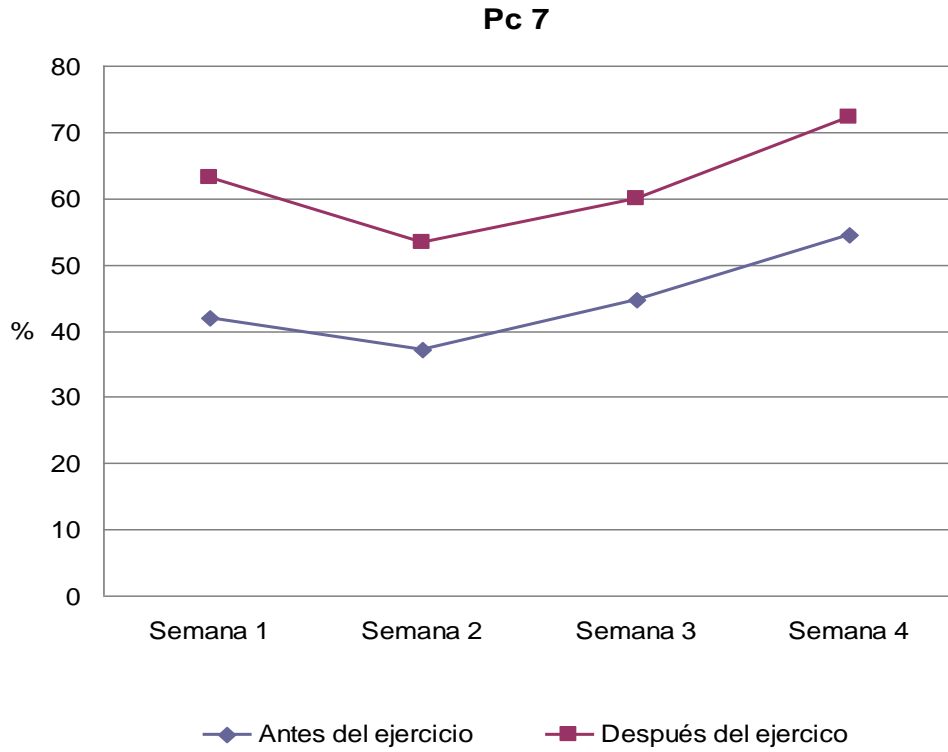


Figura 16. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

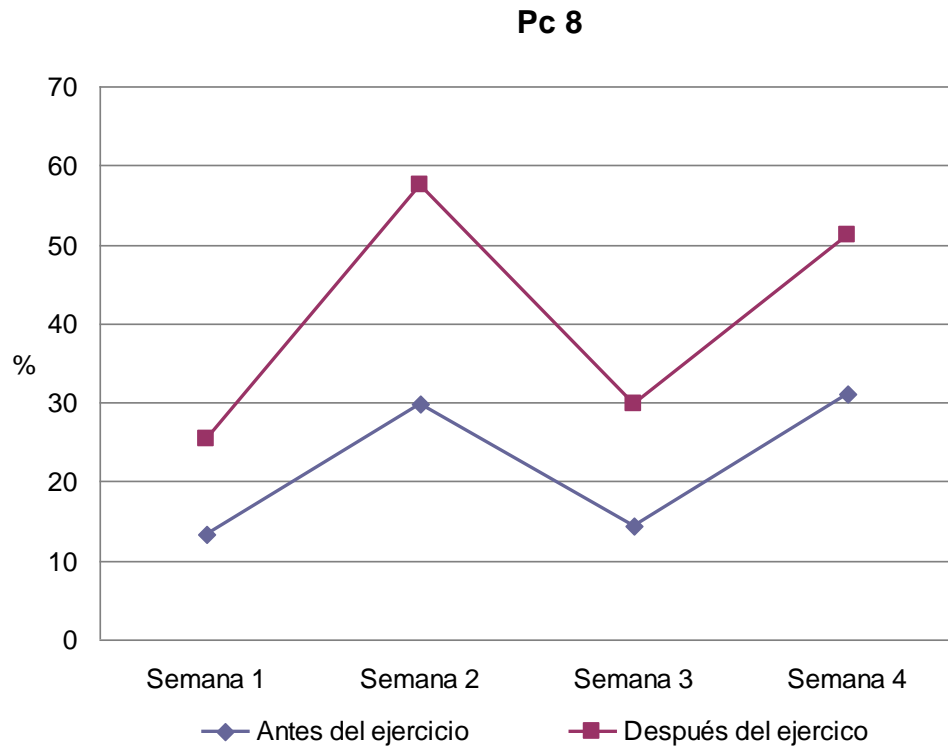


Figura 17. Porcentaje de relajación percibida durante la radioterapia.

**Tabla 18.**  
**Análisis de varianza bifactorial por rangos para los efectos de la intervención**  
**cognitivo-conductual sobre variables dependientes**

<b>Variable</b>	$\chi^2$	gl	<i>p</i>
Sintomatología ansiosa	<b>11.308*</b>	2	.004
Sintomatología depresiva	2.690	2	.261
Fatiga	<b>20.000*</b>	5	.001
<b>Afrontamiento</b>			
Planeación	<b>13.613*</b>	2	.001
Autodistracción	3.920	2	.141
Humor	5.474	2	.065
Apoyo social	<b>6.414*</b>	2	.040
Uso de sustancias	2.000	2	.368
Apoyo espiritual, religioso y emocional	1.182	2	.554
Autoinculpación	<b>7.053*</b>	2	.029

## Discusión

El objetivo principal del estudio fue analizar los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología ansiosa, depresiva, fatiga y las respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en radioterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los síntomas de ansiedad fueron los más reportados por las participantes. Resultados similares se obtuvieron por Maraste et al., (1992) en mujeres con cáncer de mama a quienes se les refirió a tratamiento de radioterapia adjuvante posterior a la cirugía.

Aún cuando las participantes reportaron en la última semana de radioterapia un incremento en los síntomas de fatiga, el aumento de la puntuación no fue mayor al 100% excepto en una de ellas. Sin embargo, en el seguimiento, las puntuaciones estuvieron por debajo incluso de las obtenidas antes de iniciar las radiaciones. Esta mejoría fue claramente percibida por las participantes quienes manifestaron sentirse con mucha energía “ya no me siento agotada, me siento con más energía que incluso antes de que me dieran el diagnóstico de cáncer”. En estudios donde se ha evaluado este síntoma en los mismos momentos sin que las pacientes reciban ningún tipo de intervención psicológica el incremento fue de 100% en la dimensión de falta de energía percibida y aunque se observó una disminución de la sintomatología al mes y a los tres meses, la puntuación final continuó siendo más alta que antes de iniciar el tratamiento (Åhsberg & Furst, 2001).

Durante la intervención se hicieron presentes recuerdos que hacían referencia a eventos pasados (muerte de esposo, infidelidad, abandono de pareja, violencia doméstica) y que las participantes asociaban como razones para tener cáncer “tengo cáncer porque fui débil por no reponerme de mis emociones cuando mi esposo me dejó”, “esto me pasó por no haberme cuidado y estar viendo siempre por los demás” o como un hecho muy desafortunado al ya no tener en su vida a alguien que las cuide y las proteja “mi viejito fue la única persona que me quiso, cuando él se murió sentí que mi vida se acababa”. Resultados similares han sido encontrados en otros estudios. Brewin, Watson, McCarthy, Hyman & Dayson (1998) hallaron que los pacientes con cáncer que tenían niveles más altos de depresión fueron quienes reportaron mayor número de recuerdos referentes a la muerte de un ser querido, eventos adversos en la infancia u otros eventos significativos en algún momento de la vida. Estos a su vez estuvieron asociados a respuestas de afrontamiento deficientes tales como preocupación, fatalismo, desesperanza, indefensión y evitación cognitiva.

La reestructuración de pensamientos de culpa o crítica por tener cáncer o por estar pasando esa situación tuvo efectos en la disminución de síntomas de depresión y en las respuestas de afrontamiento. En la evaluación de seguimiento las participantes reportaron ausencia total de respuestas de autoinculpación. Estos resultados son acordes a los planteamientos teóricos sobre estrés y afrontamiento en los que se propone que las respuestas de afrontamiento varían dependiendo de la evaluación primaria y secundaria que realiza un individuo con respecto a una situación estresante (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). Al revalorar que el tener



cáncer de mama no se debe a cosas que hayan hecho o dejado de hacer, cambiaron tanto su respuesta emocional como la de afrontamiento.

Es importante mencionar que por razones económicas el 50% de las participantes renunciaron a tener incapacidad médica por lo que durante el tiempo que fueron radiadas permanecieron trabajando y todas continuaron en cierta medida realizando trabajo doméstico, se considera que este factor también influyó en los niveles de depresión que presentaron al final del tratamiento.

Los resultados indican que la terapia cognitivo conductual tuvo efectos significativos sobre: 1) la sintomatología ansiosa; 2) la fatiga; 3) las respuestas de afrontamiento de autoinculpación. La intervención no sólo redujo la sintomatología sino que los efectos se mantuvieron con el tiempo aún cuando las participantes reportaron seguir teniendo efectos secundarios de la radioterapia.

El porcentaje de cambio clínico obtenido muestra que la intervención fue eficaz para reducir sintomatología y cambiar respuestas de afrontamiento asociadas al malestar emocional que presentan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia.

Estos resultados son consistentes con la literatura de investigación donde se demuestran los efectos de la terapia cognitiva conductual sobre el malestar emocional que experimentan las mujeres con cáncer de mama.

La efectividad de la intervención podría explicarse de la siguiente forma: 1) En la terapia racional emotivo conductual se enseña a identificar los pensamientos irracionales que se generan a partir de una situación activadora, así como a

reemplazarlos por alternativas funcionales. Este cambio también genera un impacto positivo en las consecuencias emocionales (Dryden & David, 2008). Uno de los objetivos de la intervención fue enseñarles a identificar los pensamientos irracionales sobre la situación estresante (cáncer de mama, radioterapia o algún evento actual de su vida) y la relación de estos sobre su malestar emocional. Así como mostrar la falta de evidencia de los pensamientos y sustituirlos por alternativas racionales y funcionales que les permitieran experimentar bienestar físico y emocional independientemente de las condiciones de salud y las circunstancias de su vida. Los resultados demuestran que el haber realizado este ejercicio favoreció la reducción y en algunos casos la eliminación de pensamientos irracionales reportados antes de iniciar el tratamiento. La consecuencia emocional fue la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva reportada en las evaluaciones posttest y seguimiento.

Durante las últimas sesiones algunas participantes manifestaron sentirse deprimidas por situaciones que les habían ocurrido antes de ser diagnosticadas con cáncer de mama tales como: abandono o separación de pareja, muerte del esposo y miedo a perder a la pareja. En la literatura de investigación se reporta que los trastornos depresivos son más comunes en las mujeres con cáncer y éstos se asocian a condiciones premórbidas (Reuter, Raugust, Marschner & Härter, 2007). Las sesiones extras que se les dieron se dedicaron a reestructurar los pensamientos disfuncionales generados por esas situaciones que estaban relacionadas con el hecho de considerar que por debilidad ante lo vivido ("yo tengo la culpa que me haya dado cáncer, ante el abandono de mi pareja fui débil y por

eso me enfermé”), por no ser dignas como seres humanos (“toda la vida fui maltratada, sólo mi viejito me aceptó y me dio amor. Ahora el ya no está conmigo”) o por haber cometido alguna acción equivocada en el pasado (“me dediqué a los demás y no me di tiempo para mí”) les había dado cáncer o no tenían elementos para enfrentarlo por sí mismas. Los resultados obtenidos en la evaluación del seguimiento sobre los síntomas de depresión mostraron una disminución de la sintomatología estadísticamente significativa y clínicamente favorable que se acompañó de un reporte nulo de respuestas de autoinculpación ante el hecho de tener cáncer y de estar viviendo los efectos de los tratamientos y los cambios en sus vidas. De acuerdo con Barroilhet-Diez et al., (2005) la reestructuración de los pensamientos tuvo como resultado los cambios en la intensidad de su respuesta emocional así como en sus respuesta de afrontamiento.

Esto se reflejó en los incrementos de sintomatología depresiva que reportaron en la evaluación posttest. Aún cuando no se había contemplado dentro de las sesiones de intervención estas temáticas.

El ejercicio de relajación ayudó a las participantes a centrar su atención en identificar sensaciones de bienestar (paz, tranquilidad, energía) y a sentirse relajadas y cómodas lo que les permitió enfrentar su tratamiento de una forma más funcional. Los beneficios que reportaron al practicar el ejercicio de relajación les dio un sentido de control sobre su bienestar “desde que hago el ejercicio de relajación me siento más tranquila y ya no siento ganas de salirme corriendo cuando me están dando las radiaciones”, “mientras me están dando las

radiaciones estoy haciendo el ejercicio de respiración y me siento tan relajada que cuando terminan de radiarme me dan ganas de decirle al técnico que si me puede dejar ahí”, “cuando hago el ejercicio no pienso en nada sólo escucho la voz y me concentro”, “cuando salí de la radiación me estaba doliendo la nuca, recordé que yo podía hacer cosas para sentirme bien y me senté en la sala a hacer mi ejercicio de respiración. Cerré mis ojos y me puse a respirar. Al finalizar el ejercicio ya no me dolía mi cabeza”, Al percibir los beneficios que les estaba proporcionando la práctica del ejercicio consideraron conveniente compartirlo con sus seres queridos “en las noches estamos haciendo el ejercicio mi esposo y yo, y los dos nos sentimos mejor”, “ en el día lo hago con mis hijas y ya no se pone tan nerviosa para los exámenes”, “ nos vamos a reunir mi mamá y mis hermanas para hacer todas el ejercicio de relajación”, “el otro día llegó mi hija muy mal, le dije siéntate y escucha el disco”, “mi sobrina lo escuchó y me lo pidió para quemarlo”.

La habilidad que desarrollaron para relajarse la aplicaron ante otras situaciones estresantes que estaban viviendo “desde que asaltaron mi casa me siento muy tensa, desde entonces estamos mi hija y yo en la casa de mi hermana. Ahora estoy yendo en las tardes a mi casa y hago el ejercicio de relajación, ya no siento miedo cuando voy camino a mi casa, ni cuando estoy ahí”. La información que se les proporcionó sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios y los cuidados generales ayudó a reestructurar los pensamientos de autoinculpación “ahora ya no me culpo por tener cáncer”, “ya sé que no me dio cáncer por ser débil”. Modificaron algunas conductas que las estaban desgastando físicamente (hacer todo el trabajo doméstico, levantarse de madrugada para dar

de desayunar, no darse tiempos de descanso) y que las ponía en riesgo de una complicación como lo es el linfedema “les dije a mi esposo y mis hijas que si todos vivimos en la casa todos podemos cooperar”, “le dejo a mi hijo su desayuno desde en la noche, me levanto hasta las nueve y no me siento mal por eso”, “llego de la radioterapia, me siento a descansar y ya luego me pongo a hacer mis cosas”.

A través de los componentes terapéuticos empleados en este estudio se logró reducir la sintomatología que ocasiona el malestar emocional, además de incrementar las sensaciones de control sobre el bienestar emocional y físico.

Los resultados de este estudio demuestran que brindar apoyo psicológico durante la radioterapia a las mujeres con cáncer de mama que presentan síntomas de distrés (ansiedad y/o depresión) antes de iniciar su tratamiento oncológico favorece el cambio en las cogniciones tanto cualitativa como cuantitativamente. Las mujeres con cáncer de mama que presentaron síntomas de distrés (ansiedad y/o depresión) antes del inicio de la radioterapia, se beneficiaron de recibir tratamiento psicológico adjuvante. Las mejorías se mantuvieron con el tiempo y tuvieron un sobre fatiga y las respuestas de afrontamiento de autoinculpación. Aun cuando los resultados no pueden ser generalizados, sugieren la importancia identificar y brindar atención psicológica durante su tratamiento oncológico como parte de su atención integral.

Al final de la intervención las participantes presentaron más fatiga, lo que puede explicarse de dos formas. El número de efectos secundarios y la intensidad de algunos síntomas se incrementaron conforme transcurrieron los días del

tratamiento; por otra parte también hubo un aumento en los síntomas de depresión que presentaron al final del tratamiento. Esta asociación se confirma en la evaluación postratamiento en la cual se observa una disminución clínicamente significativa en la sintomatología depresiva y en la fatiga incluso esta última en niveles inferiores a los que presentaban antes de iniciar el tratamiento.

En la última sesión, así como en el seguimiento las participantes manifestaron sentirse muy agradecidas por haber recibido el tratamiento psicológico pero sobre todo por el hecho de sentirse física y emocionalmente bien. Algunas declararon que el nivel de bienestar emocional y de energía era incluso mayor al que tenían antes de tener cáncer y de iniciar las radiaciones. Todas consideraron que el tratamiento psicológico es algo que deberían recibir las mujeres con cáncer de mama durante el curso de su tratamiento.

Una de las limitaciones de este estudio fue que sólo tuvo seguimiento un mes después de haber finalizado la radioterapia. Valdría la pena plantear seguimiento a seis meses para ver si los beneficios se mantienen a largo plazo. Se deberían realizar futuras investigaciones con mujeres con cáncer de mama que sean atendidas en otros centros oncológicos del país para ver si los resultados son generalizables a esta población independientemente de variables de aspecto cultural y/o demográfico.

Un hecho que llamó la atención durante la fase de validación de los instrumentos psicológicos fue que las participantes mostraron gran agradecimiento por haberles brindado tiempo para escuchar su experiencia ya que para la gran

mayoría era la primera vez que tenían la oportunidad de manifestar sus emociones debido a que con su familia no se lo permitían porque no querían verlos sufrir o que se vinieran abajo al verlas a ellas deprimidas o angustiadas. Manifestaron que “sería de gran utilidad que todas las pacientes recibieran apoyo psicológico para poder salir adelante ante un problema como el cáncer”.

## Conclusiones generales derivadas de los estudios

El objetivo general de los estudios realizados fue analizar los efectos de proporcionar atención psicológica a las mujeres con cáncer de mama que ante el hecho de ser sometidas a radioterapia presentan distrés. En el ámbito de la psicooncología es especialmente importante contar con instrumentos breves, de fácil aplicación e interpretación cuyas características psicométricas garanticen que son herramientas confiables para la identificación de pacientes con morbilidad psicológica, así como para detectar los cambios que se produzcan en las variables después de haber participado en un programa de intervención terapéutica.

Para el presente trabajo fueron elegidas tres de las escalas que de acuerdo con la literatura de investigación han mostrado consistencia interna independientemente del idioma al que han sido traducidas. Aún cuando en las diferentes versiones se observan cambios en el número de reactivos así como en los puntos de corte empleados como criterio para considerar la puntuación en un nivel clínico, es posible encontrar resultados similares con respecto a la prevalencia de los síntomas en esta población.

A nivel internacional está ampliamente documentado que las mujeres con cáncer de mama son la población oncológica que mayores niveles de ansiedad, depresión y fatiga presenta. Desafortunadamente en México existen pocos datos al respecto. Una de las aportaciones del presente trabajo fue la obtención de las versiones en castellano *HADS-R11*, Escala Breve de Fatiga *FACIT-R7* y Escala de afrontamiento *COPE-17*. Aún cuando las versiones que se obtuvieron de los



instrumentos muestran cambios sustanciales respecto al número de reactivos y escalas que los conformaban originalmente, mantuvieron adecuada consistencia interna por lo que es posible considerarlas como herramientas confiables para la evaluación de la sintomatología.

El perfil diagnóstico que se obtuvo a partir del análisis de los datos sociodemográficos, médicos y clínicos en la entrevista, en conjunto con los de las puntuaciones de las escalas permitió conocer la relación entre variables y la elección de las mismas para ser modificadas a través de la aplicación de la intervención terapéutica.

Los resultados de las puntuaciones en las evaluaciones postest y seguimiento, y los cambios clínicos que se observaron en las participantes confirman que la intervención cognitivo conductual durante la radioterapia favorece la disminución de ansiedad, depresión y fatiga; así como cambios en las respuestas de afrontamiento generando estrategias que promueven el bienestar emocional y la adaptación a la situación estresante que se enfrenta.

### **Recomendaciones**

La mejoría clínica observada en las participantes así como la evidencia clínica y estadística que aporta la literatura de investigación, representan una sólida base para sugerir a las instituciones de salud de nuestro país la importancia de establecer el tratamiento psicológico como parte del protocolo de atención en esta población. El tipo de diseño y los componentes de la intervención permite que se aplique tanto de manera individual o grupal, esta última sin sacrificar la

calidad de la atención siempre y cuando se realice por profesionales expertos en el área de psicología de la salud y especialmente con experiencia en pacientes oncológicos.

El impacto no sólo podría verse en el bienestar emocional, sino además en la disminución de los costes económicos que tiene para las pacientes, pero también para la sociedad y el país.

### **Limitaciones del estudio**

Aunque no es posible generalizar los resultados a toda la población, sin embargo, podemos afirmar que la radioterapia es un periodo en el que las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan distrés psicológico.

Las condiciones en que se llevó a cabo el estudio no permitieron realizar seguimiento a largo plazo por lo que no podemos asegurar que los efectos se mantengan en el tiempo. Se recomienda en futuras investigaciones realizar el seguimiento y analizar los efectos en la prevención del distrés durante el periodo libre de enfermedad.

### **Implicaciones clínicas y de investigación**

Con base en estos resultados podemos afirmar que las mujeres con cáncer de mama que presentan distrés durante el tratamiento de radioterapia muestran cambios significativos en su bienestar emocional como resultado de haber recibido tratamiento psicológico durante este periodo. Una de las ventajas que tiene el proporcionar tratamiento psicológico durante la radioterapia es que las pacientes

tienen la oportunidad de poner en práctica nuevas habilidades de afrontamiento y de comprobar su efectividad para mejorar su bienestar emocional y recuperar el sentido de control a pesar de experimentar los efectos secundarios de los tratamientos y de tener que pasar por situaciones como el estar aisladas en posiciones incómodas entre otras.

Valdría la pena investigar si las habilidades desarrolladas durante la intervención que recibieron en la radioterapia se generalizan para su aplicación en los retos que les presenta la siguiente fase conocida como vigilancia cuyas fuentes de distrés son el ya no estar en contacto con el personal de salud, la disminución del apoyo emocional y social por haber terminado sus tratamientos, el miedo a que regrese el cáncer y la adaptación a su nueva condición de vida con las limitaciones que les quedaron como resultado del cáncer y de los tratamientos.

## Referencias

- Aass, N., Fosså, S. D., Dahl, A. A., & Moe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital, *European Journal of Cancer*, 33(10), 1597-1604.
- Aguayo-Alcaraz, G., Luz Margarita, Jiménez-Pérez, L. M., Celis-de la Rosa, A., & Canales-Muñoz, J.L. (2008). Mortalidad por cáncer de mama. Tendencia y distribución geográfica, 1981-2001. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(4), 367-374.
- Åhsberg, E., & Fürst C. J. (2001). Dimensions of fatigue during radiotherapy- an application of the Swedish Occupational Fatigue Inventory (SOFI) on cancer patients. *Acta Oncologica*,
- Alder, J., & Bitzer, J. (2003). Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: How does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness? *Archives of Women's Mental Health*, 6, 91-97.
- Althius, M. D., Dozier, J.M., Anderson, W. F., Devesa, S. S., & Brinton, L. A.(2005). Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. *International Journal of Epidemiology*, 34, 405-412.
- Amayra, I., Etxeberria, A., & Valdosedra, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao*, 98: 10-15.

- Ang, P. T., & Khoo, K. S. (1993). Psychological impact of breast cancer. *Singapore Medical Journal*, 34, 107-108.
- Barroilhet-Diez, S., Forjaz, M. J., & Garrido-Landivar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.
- Bonomi AE, Cella DF, Hahn EA, Bjordal K, Sperner B, Gangeri L., Bergman B, Willems J, Hanquet P, Zittoun R. (1996). Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Quality of Life Research*, 5, 1-12.
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18,743-753.
- Boyle, P., y Levin, B. (Ed.). (2008). *World Cancer Report 2008*. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Recuperado el 12 de septiembre de 2009 de: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>
- Brown, L. F., & Kroenke, K. (2009). Cancer related fatigue and its associations with depression and anxiety: A systematic review. *Psychosomatics*, 50,5, 440-447.

- Bulotiene, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V. & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychotherapy*, 4: 57-62.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 1-4. doi.10.1136/bmj.38343.6700868.D3
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's is too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 375–390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cella, D., Davis, K., Breitbart, W., & Curt, G. (2001). Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 19(14), 3385– 91.

Cella D, Yount S, Sorensen M, Chartash E, Sengupta N, & Grober J. (2005). Validation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 32(5), 811-9.

Cella DF, Lai J, Chang C, Peterman A, & Slavin M. (2002). Fatigue in Cancer Patients Compared with Fatigue in the General United States Population. *Cancer*, 94(2), 528-538.

Cella DF, Zagari MJ, Vandoros C, Gagnon DD, Hurtz HJ, & Nortier JWR. (2003). Epoetin Alfa Treatment Results in Clinically Significant Improvements in Quality of Life in Anemic Cancer Patients When Referenced to the General Population. *Journal of Clinical Oncology*, 21(2), 366-373.

Chandran V, Bhella S, Schentag CT, & Gladman DD. (2007). Functional assessment of chronic illness therapy (facit) fatigue scale is valid in patients with psoriatic arthritis(PSA). *Annals of the Rheumatic Diseases*, [Epub ahead of print]

Costanzo, E. S., Lutgendor, 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, 1625-1631.

Delane, G., Barton, M., & Jacob, S. (2003). Estimation of an optimal radiotherapy utilization rate for breast carcinoma. *Cancer*, 98(9), 1977-1986. doi: 10.1002/cncr.11740

Delane, G., Jacob, S., Featherstone, C., & Barton, M. (2005). The role of radiotherapy in cancer treatment. *Cancer*, 104(6), 1129-1137. doi:10.1002/cncr.21324

Derogatis, L.R., Morrow, G.F., Fetting, J. *et al.* (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Amer Med Assoc*, 249: 751-757.

Derogatis, L. R., Morrow, G. R. , Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, C. L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751–757.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.Y., Bayer, L., Taylor, M., Fisher, E. (2005) Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer*, 13, 1018–1026.

Dryden, W., & David, D. (2008). Rational Emotive Behavior Therapy: Current Status. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 22(3), 195-209. doi: 10.1891/0889-8391.22.3.195

ElBaradei, M. (mensaje) (2007, marzo) IAEA (2007, marzo). Programa de acción para la terapia contra el cáncer (PACT). *Electronic Reference* [en línea]. Viena, Austria. Recuperado el 19 de noviembre de 2009, de [http://cancer.iaea.org/documents/pact1006\\_sp.pdf](http://cancer.iaea.org/documents/pact1006_sp.pdf)

Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.



- Estadísticas a propósito del día Mundial contra el cáncer. Datos Nacionales. (2009). INEGI. Serie Estadísticas Vitales. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/cancer0.doc>
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P. & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21 (1), 17-34.
- Folkman S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a mild aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48,150-170.
- Glaus, A., Crow, R., & Hammond, S.(1996). A qualitative study to explore the concepts of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. *European Journal of Cancer Care*, 5, 8–23.
- Golden-Kreutz, D., & Andersen, B. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life events stress. *Psycho-Oncology*, 13: 211-220.

- Goodwin, L. K., Lee, S. M., Puig, A. I., & Sherrard, P. A. (2005). Guided Imagery and Relaxation for women with early stage breast cancer. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1(2), 53-66. doi: 10.1300/J456v01n02\_06
- Granath, J., Ingvarsson, S., Thiele, U. & Lundberg, U. (2006). Stress Management: A randomized Study of Cognitive Behavioral Therapy and Yoga. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 3-10.
- Hagell P, Hoglund A, Reimer J, Eriksson B, Knutsson I, Widner H, & Cella D. (2006). Measuring fatigue in Parkinson's disease: a psychometric study of two brief generic fatigue questionnaires. *Journal of Pain & Symptom Management*, 32 (5), 420-32.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). Análisis multivariante. Madrid: Prentice Hall.
- Hofman, M., Ryan, J.L., Figueroa-Moseley, C.D., Jean-Pierre, P., & Morrow, G. (2007) Cancer-related fatigue: The scale of the problem. *Oncologist*, 12, 4–10.
- Hwang SS, Chang VT, & Kasimis BS. (2003). A Comparison of Three Fatigue Measures in Veterans with Cancer. *Cancer Investigation*, 21(3), 363-373.
- Instituto Nacional de Geografía Estadística y Geografía (2010). Censo de población y vivienda 2010. Población total por estimación por edad según sexo. Recuperado el 30 de noviembre de 2012.
- [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770)

Instituto Nacional de Geografía Estadística y Geografía (2010). Censo de población y vivienda 2010. Conjunto de datos: Población femenina de 12 años y más.

Recuperado el 30 de noviembre de 2012.

[http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Reqreso&c=27874](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Reqreso&c=27874)

Instituto Nacional del Cáncer. Adaptación normal, aflicción psicosocial y trastornos de adaptación. <http://www.cancer.gov>. 2012, 1-43.

Irving, D. M., Vincent, L., Graydon, J. E. & Bubela, N. (1998). Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 21(2), 127-135.

Johnston, M.; Pollard, B. & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 579-584.

Jones, M. C., & Johnston, D. W. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 66-74.

Kallich JD, Tchekmedjian NS, Damiano AM, Shi J, Black JT, & Erder MH. (2002). Psychological Outcomes Associated with Anemia-Related Fatigue in Cancer Patients. *Oncology*, 16 (9, Suppl.), 117-124.

Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Velázquez, E., Dorantes, J., Méndez, O., & Ávila-Burgos, L. (2009a). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública México*, 51(2), 286-295.

- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009b). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública México*, 51(2), 335-344.
- Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30,799-813.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lloyd-Williams, M.; Friedman, T.; Rudd, N. (2001). An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain Symptom Manage*, 22, 990-996.
- López-Alvarenga, J. C.; Vázquez-Velázquez, V.; Arcila-Martínez, D.; Sierra-Ovando, A. E.; González-Baranco, J.; Salín-Pascual R. J. ( 2002). Exactitud y utilidad diagnóstica delHospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínic*, 54(5), 403-409.
- Love, A. W.; Kissane, D. W.; Bloch, S., & Clarke, D. M. (2001). Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 246-250.

- Naaan, S., Radwan, K., Fergusson, D. & Johnson, S. (2009). Status of psychological Trials in Breast Cancer Patients: A report of three Meta-Analyses. *Psychiatry*, 72(1), 50-69.
- Nordin, K.; Berglund, G; Glimelius, B. & Sjoden, P. O. (2001): Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.
- Mages, N., & Mendelsohn, C. (1979). Effects of cancer on patients' lives: A psychological approach. In A. Hund, G. Slone, & F. Cohen (Eds.), *Health psychology* (pp. 255–284). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maraste, R., Brandt, L., Olsson, H., & Ryde-Brandt, B. (1992). Anxiety and depression in breast cáncer patients at start of adjuvant radiotherapy: Relations to age and type surgery. *Acta Oncológica*, 6, 641-643.
- Martínez-Montañez, O., Uribe-Zúñiga, P., & Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detención del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(2), 350-360.
- Mathers, C.D., Lopez, A.D., Murray, C.J.L. (2006). *The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001*. New York: Oxford University Press.
- McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho- Oncology*. 8, 230-236.

- Mindy, M., Krischer, B. A., & Ping, X. (2008). Determinants of psychological functioning in patients undergoing radiotherapy: A descriptive study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4), 4-13. doi:10.1080/07347330802359552
- Mock , V., Piper, B., Sabbatini, P., & Escalante, C.(2000). National Comprehensive Cancer Network Fatigue Practice Guidelines. *Oncology*, 14(11A), 151–61.
- Mock, V. (2001). Fatigue management: evidence and guidelines for practice. *Cancer*, 92, 1699 –1707.
- Mock, V., Frangakis, C., Davidson, N., Ropka, M. E., Pickett, M.,... McCorkle, R. (2005). Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 14, 464-477.
- Mose, S., Budischewski, K.M., Rahn, A.N., Zander-Heinz, A.C., Bormeth, S., & Bottcher, H.D. (2001). Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients. *International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics*, 51, 1328–1335.
- Mosher, C. E., & DuHamel, K. N. (2012). An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 21(1),100-107.
- Mundy, E. A., DuHamel, K. N., & Montgomery, G. H. (2003). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment related side effects. *Seminars in Clinical Neurppsychiatry*, 8, 253-275.
- National Comprehensive Cancer Network (2011). *Cancer-Related Fatigue: Clinical practice guidelines in oncology*, 1-45.

- National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel (2009). *Clinical practice guidelines in oncology*.
- Neipp, M. C., López-Roig, S., Terol, M. C., & Pastor, M. A. (2008). Coping and adaptation in breast cancer patients at the follow-up stage. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 115-126.
- Nelson, H. D., Tyne, K., Naik, A., Bougatsos, C., Chan, B. K., & Humphrey, L. (2009). Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*.151, 727-737.
- Ornelas-Mejorada, R.E. & Sánchez-Sosa, J.J. (noviembre, 2011). Validación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). *Memorias de la VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana: SCPS.
- Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño, M. A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en Radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño, M. A., Vite, A., Tena, O., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve.
- Peck, A.B., & Boland, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cáncer*, 40,180-184.
- Porter, P. L. (2009). Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Pública de México*, 51(2), 141-146.

- Quartana, P.J., Laubmeier, K. K., & Zakowski, S. G. (2006). Psychological adjustment following diagnosis and treatment of cancer: An examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 487-498. doi: 10.1007/s10865-006-9069-0
- Rahn, A.N., Mose, S., Zander-Heinz, A., Budischewski, K., Bormeth, S.B., Adamietz, I.A., et al. (1998). Influence of radiotherapy on psychological health in breast cancer patients after breast conserving surgery. *Anticancer Research*, 18, 2271–2273
- Ream, E., & Richardson, A. (1997). Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airways disease: a phenomenological enquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 34(1), 44 –53.
- Reuter, K., Raugust, S., Marschner, N., y Härter, M. (2007). Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16, 222–230.
- Reuter, K., Raugust, S., Marschner, N., & Härter, M. (2007). Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16, 222–230
- Robles, S. C., & Galanis, E. (2002). Breast cáncer in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 178-184.



Rodríguez, S. A., & Capurso, M. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74, 585-593.

Rodríguez-Cuevas S, Macías C, Labastida S. (2000). Cáncer de mama en México: ¿enfermedad de mujeres jóvenes? *Ginecología y Obstricia de México*, 68(5),185-190.

Sadler, I.J., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., Belanger, H., Weitzner, M.A., Field, K.K. (2001). Preliminary evaluation of a clinical syndrome approach to assessing cancer-related fatigue. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 406–416.

Schlegel, R., Ralley, A., Molix, L., & Bettencourt, B. A. (2009). Rural breast cancer patients, coping and depressive symptoms: A prospective comparison study. *Psychology and Health*, 24(8), 933-948. doi:10.1080/08870440802254613

Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 443-455

Scottish Executive Health Department, National Health Service (2005). Radiotherapy Activity Planning for Scotland 2011 – 2015: Report of the Radiotherapy Activity Planning Group. Recuperado de [www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/90297/0021749.pdf](http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/90297/0021749.pdf)

Secretaría de Salud (2004). Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.

Recuperado el 07 de septiembre 2009 en: <http://www.>

[generosaludreproductiva.gob.mx/numeralia1.php?id\\_rubrique=&id\\_article=539](http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/numeralia1.php?id_rubrique=&id_article=539)

Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2008).

Programa de acción específico 2007-2012 cáncer de mama. México.

Smets, Visser, Willems-Groot, et al. (1998). Fatigue and radiotherapy: (A) experience in patients undergoing treatment. *British Journal of Cancer*, 78(7), 899-906.

Sohl, S. J., Schnur, J. B., Sucala, M., David., D., Winkel, G., & Montgomery, G. H. (2012).

Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior radiotherapy: an expectancy-based model. *Psychology and Health*, 27(3), 347-361.

doi:10.1080/08870446.2011.569714

Söllner, W., Maislinger, S., König, A., Devries, A., & Lukas, P. (2004). Providing

psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation liaison service. *Psychooncology*, 13, 893–897.

Spencer, S. M., Carver, C. S., & Price, A. A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 211–222). New York: Oxford University Press.

- Stanton, A. L. , Ganz, P. A. , Rowland, J. H. , Meyerowitz, B. E. , Krupnick, J. L. , & Sears, S. R. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer*, 104, 2608– 2613.
- Stiegelis, H., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. *Patient Education and Counseling*, 52, 131-141.doi.10.1016/S0738-3991 (03)00021-1
- Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., & Hardy, J. (2001). Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1007-1015.
- Tatrow, K., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Torres-Arreola, L. P., & Vladislavovna, S. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(2), 157-166
- Valencia-Mendoza A., Sánchez-González G., Bautista-Arredondo S., Torres-Mejía G., & Bertozzi, S. M. (2009). Costo-efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México. *Salud Publica México* ,51(2), 296-304.
- Vinh-Hung, V., & Verschraegen, C. (2004). Breast-conserving surgery with or without radiotherapy: Pooled-analysis for risks of ipsilateral breast tumor recurrence and mortality. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 115–121.

- Walker, B.L., Nail, L.M., Larsen, L. , Magill, J., & Schwartz, A. (1996).Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23:1181–1187.
- Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, & Kaplan E. (1997). Measuring Fatigue and Other Anemia-Related Symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Measurement System. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(2), 63-74.
- Yusoff, N., Low, W. Y. & Yip, C. H. (2010). Reliability and Validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: A Malaysian study. *Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *PsychoOncology*, 10, 19-28.
- Zainal, N., Hui, k., Hang, T., & Bustam, A. (2007). Prevalence of distress in cáncer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 3, 219-223.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 505–531). New York: Wiley.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

# ANEXOS

## Anexo 1

### Consentimiento Informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE Hospital de Oncología  
Centro Médico Siglo XXI

Protocolo “Efectos de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia”

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta el bienestar físico y puede afectar también el bienestar emocional de las personas que lo padecen. Los objetivos del estudio en el que se la invita a participar son: a) identificar aquellos aspectos de la enfermedad y de la radioterapia que interfieren con su bienestar; y b) ayudarla a desarrollar habilidades de regulación emocional que le permitan tener mayor control sobre algunos aspectos que debido al cáncer y la radioterapia empeoran su malestar emocional.

Los procedimientos del estudio consistirán en: 1.- Evaluación psicológica que implica responder algunos cuestionarios y preguntas que le haga una psicóloga; 2.- Detección de falta de información o información defectuosa sobre el cáncer, la radioterapia, los efectos secundarios y los cuidados generales; 3.- Detección de pensamientos disfuncionales con el propósito de mejorar su bienestar psicológico, y 4) Entrenamiento en una técnica de relajación (respiración profunda) que le permita un mejor control de síntomas ocasionados por emociones desagradables que suelen experimentarse durante el tratamiento. Ninguno de los procedimientos de la presente investigación son experimentales, todos ellos cuentan con reconocida efectividad. No implica la administración de fármacos y no implica riesgo alguno a su salud física.

Para participar se le pedirá que conteste algunos cuestionarios en los que se le preguntarán datos personales, así como pensamientos, sentimientos y actitudes que usted ha presentado. También es necesario que se registren algunas conductas relativas al tratamiento psicológico y médico. Se le pedirá que asista a un tratamiento psicológico una vez a la semana durante 120 minutos por cinco semanas. La primera sesión iniciará en su primera semana de radiaciones. En cada sesión se revisarán pensamientos, emociones y conductas que interfieren en su bienestar emocional y se trabajará para modificarlos. Se le pedirá nuevamente conteste los cuestionarios al término del tratamiento psicológico y se le dará una cita de seguimiento a los tres meses para volver a evaluar.

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. El grupo de psicología está entrenado en la detección de signos de riesgo respecto de los componentes emocional, de pensamiento y de conducta. Los beneficios que pueden obtenerse

incluyen la mejoría de su bienestar emocional, menores molestias por algunos procedimientos médicos y mejora en su condición física.

Siéntase en absoluta libertad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio antes de firmar el presente consentimiento. Si desea información adicional con respecto al protocolo, antes o después de participar, con toda libertad contáctenos: Mtra. Rosa Elena Ornelas Mejorada y Psic. Onc. Humberto Bautista Rodríguez, responsables del proyecto.

Se le proporciona esta información para que pueda decidir si participa en el presente protocolo. Su colaboración es voluntaria y puede negarse a participar. Aún si decidiera participar, tiene la absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna. Usted seguiría recibiendo la atención y los servicios del Instituto.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad y anonimato. 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 respecto de las evaluaciones que se le realicen o de los cambios en su situación clínica.

El tratamiento psicológico busca complementar el tratamiento médico que recibe en el Instituto. Su participación no afectará o modificará de ninguna manera los servicios a los que tiene derecho y los tratamientos que recibe.

Mtra. Rosa Elena Ornelas Mejorada  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Psicología, CU.  
Tel: 044-55-59-44-38-73  
E-mail: [ornelas0928@hotmail.com](mailto:ornelas0928@hotmail.com)

Psic. Onc. Humberto Bautista Rodríguez  
Coordinador de Psico-Oncología  
UMAE Hospital de Oncología  
Tel: 56-27-69-00 ext.  
E-mail: [humbauez@yahoo.es](mailto:humbauez@yahoo.es)

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 y los formatos pertinentes; y asistir a las sesiones programadas.

México, D. F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

	Nombre	Firma
Participante	_____	_____
Testigo 1	_____	_____
Testigo 2	_____	_____

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

## Formato de entrevista

<b>ENTREVISTA</b>					<b>Fecha:</b>	
<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>					Núm. de expediente médico	
Nombre de la paciente:						
Edad:		Estado civil:			Escolaridad:	
Religión:			Ocupación:			
Originaria de:			Residente de:			
Teléfono:						
Número de hijos:		<b>Edad</b> : De 0-3 años	De 4-7 años	De 8-12 años	De 13-18 años	Mayores de 18 años
Actualmente vive con:		Padres		Esposo		Hijos
Sola		Familiares		Amigos		Pareja
Otro:						

## DIAGNÓSTICO MÉDICO Y TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Tipo de Cáncer:						
¿Hace cuánto tiempo le dijeron que tiene cáncer?			De 0 a 4 meses		De 5 a 8 meses	
De 9 a 12 meses		De 13 a 18 meses		De 19 a 24 meses		Más de 2 años
¿Tratamientos oncológicos que ha recibido?			Ninguno	Cirugía		
Quimioterapia		Radioterapia		Braquiterapia	Hormonal	
¿Alguna vez ha abandonado alguno o algunos de sus tratamientos para el cáncer?			SI		NO	
¿Cuál o cuáles tratamientos ha abandonado?			Cx	Qt	Bx	Hormonal
¿Cuál o cuáles fueron las razones?			Económicas		Miedo	
Efectos del tratamiento			Falta de apoyo familiar			
Falta de tiempo			Otra			
A partir de su diagnóstico, ¿alguna vez se ha deprimido?			SI		NO	
Recuerda ¿cuál o cuáles fueron las razones?						
Fecha de inicio de <b>Radioterapia:</b>			Número de radiaciones que recibirá:			
¿Tiene dolor en alguna parte de su cuerpo?			Si		No	
¿En qué parte de su cuerpo lo tiene?						
¿Qué tan fuerte es su dolor?						
Leve o poquito		Moderado o regular		Intenso o fuerte		Muy intenso o insoportable
¿Qué de las siguientes cosas hace para disminuir o quitar el dolor?						
No hago nada		Tomar algún medicamento		Tomar algún té		
Realizo mis actividades para distraerme		Me distraigo pensando en otras cosas		Me duermo		



Lloro	Pienso en lo fuerte de mi dolor	Grito
Otro:		
¿Tiene dificultades para dormir?	Si	No
¿Desde hace cuánto tiempo?	Una semana	De dos semanas a dos meses
De siete a doce meses	Más de un año	De tres a seis meses
Cuando usted no puede dormir ¿en qué piensa?		
¿Toma algo para dormir?	Si	No
¿Qué toma?		
¿Practica alguna actividad física (camina, corre, ejercicio)?		
¿Qué hace para relajarse?		

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

¿Padece alguna otra enfermedad?	SI	NO
¿Cuál?	¿Está en tratamiento médico? SI _____ NO _____	
¿Alguna vez ha abandonado su tratamiento médico? SI _____ NO _____		
¿Cuál o cuáles fueron las razones?	Económicas	Miedo
Efectos del tratamiento	Falta de apoyo familiar	
Falta de tiempo	Otra	
¿Alguna vez ha estado en tratamiento psicológico?	SI	NO
¿Cuál fue la razón?		
¿Cuánto tiempo duró su terapia?		
¿Está actualmente en tratamiento psicológico?	SI	NO
¿Ha ido alguna vez con el psiquiatra?	SI	NO
¿Cuál fue la razón?		
¿Le recetó el psiquiatra algún medicamento?	SI	NO
¿Actualmente toma algún medicamento para la depresión o la ansiedad?	SI	NO

**PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

¿Cuáles han sido sus pensamientos más frecuentes desde que supo que tiene <b>cáncer</b> ?
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-
¿Cuáles han sido sus pensamientos más frecuentes desde que supo que le van a dar <b>radiaciones</b> ?
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-
<b>Notas clínicas:</b>

## Anexo 3

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria *HADS-R11*

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de afirmaciones que describen algunos síntomas que las personas pueden presentar. Después de leer cada una ponga una **X** en la opción que usted considere describe mejor la forma en que **se sintió en los últimos siete días**.

**Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de hacer su elección.**

1.- Me he sentido tensa o nerviosa.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

2.- Todavía disfruto de las cosas que suelen gustarme.

Tanto como antes	0	No tanto como antes	1	Sólo un poco como antes	2	Para nada	3
------------------	---	---------------------	---	-------------------------	---	-----------	---

3.- Siento miedo como si algo terrible me fuera a suceder.

Sí y muy intenso	3	Sí, pero no muy intenso	2	Sí, pero ligero	1	Para nada	0
------------------	---	-------------------------	---	-----------------	---	-----------	---

4.- Puedo reírme y ver el lado gracioso de las cosas.

Tanto como antes	0	No tanto como antes	1	Sólo un poco como antes	2	Para nada	3
------------------	---	---------------------	---	-------------------------	---	-----------	---

5.- He tenido la cabeza llena de preocupaciones.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

6.- Me he sentido alegre.

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

7.- He perdido el interés en mi apariencia

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

8.- Me he sentido muy inquieta como si tuviera que estar me moviendo.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

9.- Veo las cosas con esperanza

Tanto como antes	0	No tanto como antes	1	Sólo un poco como antes	2	Para nada	3
------------------	---	---------------------	---	-------------------------	---	-----------	---

10.- De repente siento pánico

Sí y muy intenso	3	Sí, pero no muy intenso	2	Sí pero ligero	1	Para nada	0
------------------	---	-------------------------	---	----------------	---	-----------	---

11.- Puedo disfrutar de un libro, programa de radio o televisión.

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

## Anexo 4

Escala breve de Fatiga *FACIT-R7*

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento agotado(a)	0	1	2	3	4
Siento debilidad en todo el cuerpo	0	1	2	3	4
Me siento decaído (a)	0	1	2	3	4
Me siento cansado(a)	0	1	2	3	4
Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales	0	1	2	3	4
Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer	0	1	2	3	4
Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio	0	1	2	3	4

## Anexo 5

**COPE-17**  
(INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO)

Estamos interesados en conocer la manera en que usted ha enfrentado y se ha adaptado al hecho de **tener cáncer y recibir radioterapia**.

**Instrucciones:** Después de leer cada oración, ponga una **X** en la opción que mejor describa lo que usted **hizo o pensó en los últimos siete días**.

		EN NINGÚN MOMENTO	EN ALGÚN MOMENTO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
1.-	Pienso en lo que tendría que hacer para sobrellevar el cáncer y la radioterapia.	0	1	2	3
2.-	Hago bromas sobre lo que me pasa.	0	1	2	3
3.-	Encuentro consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales.	0	1	2	3
4.-	Obtengo apoyo emocional de otros.	0	1	2	3
5.-	Trato de obtener información o ayuda de otras personas sobre qué hacer.	0	1	2	3
6.-	Expreso mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
7.-	Uso alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
8.-	Trato de no pensar en el cáncer y en la radioterapia.	0	1	2	3
9.-	Me critico por lo que me está pasando.	0	1	2	3
10.-	Pienso en lo que podría hacer para sobrellevar el cáncer y la radioterapia.	0	1	2	3
11.-	Hago bromas sobre la situación en la que me encuentro.	0	1	2	3
12.-	Rezo o medito.	0	1	2	3
13.-	Obtengo ayuda e información de otras personas.	0	1	2	3
14.-	Hago cosas para no pensar en el cáncer y la radioterapia como: ver televisión____; ir al cine____; leer____; dormir____; otra_____	0	1	2	3
15.-	Expreso mis emociones negativas con respecto a lo que estoy pasando.	0	1	2	3
16.-	Uso alcohol u otras drogas para salir de esto.	0	1	2	3
17.-	Me culpo por lo que me está pasando.	0	1	2	3

## Anexo 6

## Efectos secundarios de la radioterapia (ESR)

Abajo hay una lista de síntomas que podría presentar durante su tratamiento de **radioterapia**.

Ponga una **X** sobre el número que indique **cómo ha sido** para usted el síntoma en la última semana.

## ¿El síntoma ha sido?

Síntomas	No lo he tenido	Leve	Regular	Intenso	Insoportable
Resequedad en la boca	0	1	2	3	4
Náusea	0	1	2	3	4
Vómito	0	1	2	3	4
Pérdida del sabor	0	1	2	3	4
Molestias en garganta (irritación, sensación de atoro, dificultades para tragar, flemas)	0	1	2	3	4
Irritación en la piel	0	1	2	3	4
Comezón en el área radiada	0	1	2	3	4
Resequedad en la piel	0	1	2	3	4
Inflamación de la zona radiada	0	1	2	3	4
Úlceras o llagas	0	1	2	3	4
Dolor en la zona que recibe la radiación	0	1	2	3	4
Descamación en la piel	0	1	2	3	4
Mareos	0	1	2	3	4
Dolor de cabeza	0	1	2	3	4
Bochorno	0	1	2	3	4
Diarrea	0	1	2	3	4
Cansancio	0	1	2	3	4
En caso de que usted haya presentado un síntoma que no aparezca en la lista, escríbalo en los siguientes cuadros.					
Otro:	0	1	2	3	4

Marque con una "X" el número que mejor represente qué tan estresada se sintió por los síntomas que tuvo



## Anexo 7

### Escala de pensamientos molestos (ESPENMO)

Semana de Radioterapia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Conteste si en la **última semana** ha tenido alguno de los **pensamientos** que aparecen en la lista. Anote una "X" en la opción que mejor describa la frecuencia en que usted *ha tenido ese pensamiento* en la **última semana**.

Pensamientos	EN NINGÚN MOMENTO	EN ALGÚN MOMENTO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
1.- En mi cabeza no hay otra cosa más que mi enfermedad.				
2.- Mi vida nunca volverá a ser como antes.				
3.- Es un problema tener que ir todos los días al hospital.				
4.- Ya no quisiera seguir el tratamiento por todos los efectos que me ha provocado.				
5.- La radioterapia me va a curar una cosa y me va a descomponer otra.				
6.- Ya me queda poco de vida.				
7.- No sé qué voy a hacer si cuando termine la radioterapia el doctor me dice que no funcionó.				
8.- Todo esto es una pesadilla.				
9.- Si con esto no mejoro, ya me voy a morir.				
10.- Ahora que estoy enferma, la gente me critica y me tiene lástima.				
11.- Ya no quiero que me hagan nada.				
12.- He pensado mucho en la muerte.				
13.- No sé si voy a aguantar el tratamiento.				
14.- No me voy a curar.				
15.- Cómo voy a quedar si me llega a avanzar más la enfermedad.				
16.- Es terrible todo esto que estoy pasando				
17.- No tiene caso seguir luchando.				
18.- Las radiaciones me pueden hacer más daño.				
19.- Si me muero, mi familia se quedará sola.				

Anexo 8

Escala breve de situaciones activadoras de estrés (EB-SITAC)

Semana de Radioterapia 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Algunas situaciones, pensamientos o imágenes pueden hacer que las personas se sientan estresadas y que experimenten diferentes emociones que alteren su bienestar emocional.

Conteste si durante la **última semana**, ¿hubo algún pensamiento, imagen o situación que le generó estrés?

Si  No

1. Descríbalo brevemente

---



---

Cuando eso sucedió, ¿qué fue lo primero que pensó?

---



---

Anote una "X" en el número que mejor represente qué tan estresada se sintió.

Nada estresada
Poco estresada
Algo estresada
Estresada
Muy estresada
Totalmente estresada

0	2	4	6	8	10
---	---	---	---	---	----

Marque con una "X" el círculo de la palabra o las palabras que describan cómo usted se sintió ante esta situación.

<input type="checkbox"/> Preocupada	<input type="checkbox"/> Culpable	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Avergonzada	<input type="checkbox"/> Con remordimiento
<input type="checkbox"/> Furiosa	<input type="checkbox"/> Con pesar	<input type="checkbox"/> Enojada	<input type="checkbox"/> Deprimida	<input type="checkbox"/> Ansiosa

¿Hubo algún otro pensamiento, imagen o situación que le generó estrés en esta **última semana**?

Si  No

Anexo 9

**ESCALA VISUAL ANÁLOGA DE RELAJACIÓN (EVAR)**



Nombre: \_\_\_\_\_ Inicié mi registro el día: \_\_\_\_\_

Semana de Radioterapia 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Qué tan relajada me siento?

DÍAS DE LA SEMANA	ANTES DEL EJERCICIO DE RELAJACIÓN						DESPUÉS DEL EJERCICIO DE RELAJACIÓN					
	Nada relajada 0%	Poco relajada 20%	Algo relajada 40%	Relajada 60%	Muy relajada 80%	Totalment e relajada 100%	Nada relajada 0%	Poco relajada 20%	Algo relajada 40%	Relajada 60%	Muy relajada 80%	Totalmente relajada 100%
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					
L   M   M   J   V   S   D	[Visual scale bars for 'ANTES']						[Visual scale bars for 'DESPUÉS']					



## Anexo 10

## Resumen del programa de intervención cognitivo-conductual para mujeres con cáncer de mama en radioterapia

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>	<i>Actividades en sesión</i>	<i>Tareas</i>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación</li> <li>- Explicación de los objetivos de la intervención</li> <li>- Establecimiento de normas de trabajo</li> <li>- Explicación del llenado de formatos de auto-registro</li> <li>- Explicación de los conceptos cáncer, radioterapia, relajación.</li> <li>- Aplicación de cuestionario sobre cáncer y radioterapia</li> <li>- Entrenamiento en relajación basado en la respiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contestar cuestionarios:</li> <li>- Escala breve de pensamientos molestos (ESPENMO)</li> <li>- Escala breve de situaciones activantes de estrés (EB-SITAC)</li> <li>- Efectos secundarios de la radioterapia (ESR)</li> <li>- FACIT-F7</li> <li>- Cáncer y radioterapia</li> <li>- Escala visual análoga de relajación (EVAR)</li> <li>- Ejercicio de relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio de relajación (tres veces al día)</li> <li>- Contestar cuestionarios:</li> <li>- Escala breve de pensamientos molestos (ESPENMO)</li> <li>- Escala breve de situaciones activantes de estrés (EB-SITAC)</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas</li> <li>- Entrenamiento en relajación (Respiración diafragmática (RD) y frases autógenas, FA)</li> <li>- Explicación del modelo cognitivo ABC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección de pensamientos automáticos disfuncionales sobre cáncer y radioterapia</li> <li>- Identificar consecuencias emocionales de los pensamientos disfuncionales</li> <li>- Ejercicio de relajación (RD, FA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos secundarios de la radioterapia (ESR)</li> <li>- FACIT-Fatigue</li> <li>- Contestar diariamente la Escala visual análoga de relajación (EVAR)</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Entrenamiento en relajación (RD, FA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debate de pensamientos automáticos disfuncionales sobre cáncer y radioterapia</li> <li>- Cambio de pensamientos disfuncionales</li> <li>- Identificar consecuencias emocionales del cambio de pensamientos</li> <li>- Ejercicio de relajación (RD, FA)</li> </ul>	

- |             |   |  |
|-------------|---|--|
| 4           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión de tareas</li><li>- Reestructuración cognitiva</li><li>- Entrenamiento en relajación (RD, FA)</li></ul>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Debate y cambio de pensamientos disfuncionales</li><li>- Identificar consecuencias emocionales del cambio de pensamientos</li><li>- Ejercicio de relajación (RD, FA)</li></ul>   |
| 5           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Revisión de tareas</li><li>- Reestructuración cognitiva</li><li>- Entrenamiento en relajación (RD, FA)</li><li>- Evaluación final</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Cambiar pensamientos disfuncionales a funcionales e indicar las consecuencias emocionales y conductuales</li><li>- Ejercicio de entrenamiento abreviado de relajación (RD, FA)</li><li>- Contestar cuestionarios:</li><li>- HADS R11, COPE-17, cuestionario de satisfacción de la intervención</li></ul> |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicación de cuestionarios HADS R11, FACIT R7, COPE 17, Efectos secundarios de la radioterapia ESR.</li></ul>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar entrevista para conocer el estado general de las participantes.</li><li>- Preguntar si siguen practicando el ejercicio de relajación</li><li>- Aplicación de instrumentos</li></ul>   |