



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

IRMA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR:

DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. CRUZ VARGAS DE LEÓN
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA, INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

ENERO 2019



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.

*Porque nadie llega en solitario,
porque nada seríamos sin quienes nos han acompañado
o sanado el alma en momentos de tempestad...*

Este logro lo dedico:

A mis padres, por sembrar en mí la constancia y brindarme su apoyo incondicional,

A mi hermana Bris y mi sobrina Valentina, mi fuente eterna de amor y fe,

A mi abuelo Armando, a quien siempre veré como ejemplo de vida,

A mis familiares y amigos más cercanos:

Gracias, por llenar mi camino de alegría.

Somos fruto y semilla.

Agradecimientos

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios y brindarme la oportunidad de desarrollarme como profesional en la investigación, en la práctica clínica y en la Medicina Conductual.

A la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza”, a sus médicos y al personal en general, con los que tuve el honor de trabajar en beneficio de las mujeres mexicanas; y por hacer posible la consecución de este proyecto.

A mi directora de tesis la Dra. Aime Edith Martínez Basurto por impulsarme y apoyarme en todo momento, así como los miembros de mi comité, de quienes atesoro su valiosa asesoría y ejemplo.

A mis profesores y compañeros de estudio, por compartir lecciones no sólo académicas sino también de vida.

Índice de Contenido

Resumen 5

Marco Teórico 7

- I. Generalidades del Cáncer 7
- II. Cáncer de Mama 8
- III. Circunstancias Psicosociales y Emocionales en la Etapa de Supervivencia al Cáncer de Mama 16
- IV. Intervenciones Psicológicas para la Depresión Durante y Después del Tratamiento Activo para el Cáncer 22
- V. Terapia Cognitiva para la Depresión 27

Método 34

- Participantes 34
- Escenario 37
- Variables de estudio 37
- Instrumentos 39
- Diseño de Investigación 40
- Procedimiento 41
- Análisis Estadístico 43

Resultados 44

Discusión 47

Referencias Bibliográficas 56

Anexos 75

Resumen

En mujeres, el cáncer de mama es la neoplasia más común a nivel mundial, y una de las principales causas de mortalidad en México. La trayectoria de una persona diagnosticada con cáncer es larga, y las estadísticas señalan que las tasas de supervivencia van en aumento. Las supervivientes presentan diversas dificultades derivadas del tratamiento, entre las cuales, la sintomatología depresiva es una de las más comunes. La reestructuración cognitiva ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de la depresión en población general, sin embargo, su efectividad no ha sido ampliamente probada en población oncológica. El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva sobre la sintomatología depresiva, en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama que presentaban sintomatología depresiva según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, en el Centro Médico Nacional “La Raza”; a través de una intervención de cuatro sesiones manualizada y un diseño pre experimental prospectivo con más de una medida. Se recolectaron datos al momento del reclutamiento (T1), pre tratamiento (T2), tercera sesión (T3) y post tratamiento (T4). Se realizó análisis mediante un análisis de varianzas (ANOVA) de medidas repetidas, el cual indicó una reducción significativa de la sintomatología depresiva desde T1 y T2 con respecto a T4 ($p=0.004$ y $p=0.003$). Estos hallazgos indican que la reestructuración cognitiva, como única técnica de intervención, puede ser efectiva en el abordaje psicológico de sobrevivientes de cáncer de mama en México, formando parte de una primera aproximación hacia el estudio individual de componentes angulares de la terapia cognitivo conductual en poblaciones con características específicas para mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave: cáncer de mama, sobrevivientes cáncer de mama, sintomatología depresiva, reestructuración cognitiva, terapia cognitiva, depresión.

Abstract

In women, breast cancer is the most common neoplasm worldwide, and one of the main causes of mortality in Mexico. The trajectory of a person diagnosed with cancer is long and statistics indicate that survival rates are increasing. The survivors present various difficulties derived from the treatment, among which the depressive symptomatology is one of the most common. Cognitive restructuring has been shown to be effective in the treatment of depression in the general population, however, its effectiveness has not been widely proven in the oncology population. The objective of this study was to evaluate the effect of cognitive restructuring on depressive symptomatology in breast cancer survivors with depressive symptoms according to the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies CES-D, at the National Medical Center "La Raza"; through a four-session manualized intervention and a prospective pre-experimental design with more than one measure. Data were collected at the time of recruitment (T1), pretreatment (T2), third session (T3) and post treatment (T4). Analysis was performed by means of an analysis of variances of repeated measures (ANOVA), which indicated a significant reduction of depressive symptomatology from T1 and T2 with respect to T4 ($p = 0.004$ and $p = 0.003$). These findings indicate that cognitive restructuring, as a single intervention technique, can be effective in the psychological approach of breast cancer survivors in Mexico, forming part of a first approach towards the individual study of angular components of cognitive behavioral therapy in populations with specific characteristics to improve the quality of life.

Keywords: breast cancer, breast cancer survivors, depressive symptomatology, cognitive restructuring, cognitive therapy, depression.

Marco Teórico

I. Generalidades del Cáncer

El término cáncer designa a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar varias partes del organismo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Asimismo, la Sociedad Americana Contra el Cáncer (ACS por sus siglas en inglés; 2015) afirma que el cáncer no es solo una enfermedad, ya que existen varios tipos y cada uno varía en su forma de propagación y crecimiento; a pesar de esto, una característica común de los diferentes tipos de cáncer es el crecimiento descontrolado de células las cuales desplazan a las células normales, formándose así los llamados tumores malignos. Esta multiplicación rápida de células anormales puede invadir a otros órganos o partes adyacentes del cuerpo, el cual es un proceso denominado metástasis y es considerado una de las principales causas de muerte por cáncer (OMS, 2018).

Los signos y síntomas del cáncer van a depender del lugar de localización, el tamaño y el grado de afectación a tejidos u otros órganos; sin embargo, algunas veces el tumor crecerá en lugares donde no causa ningún signo ni síntoma hasta que haya alcanzado un gran tamaño. Debido a que el cáncer utiliza mucha energía y secreta sustancias que afectan la manera en que se produce la misma energía, es posible que surjan síntomas como fiebre, cansancio extremo o pérdida de peso (ACS, 2014).

Hasta ahora no es posible determinar la causa del cáncer, pero se sabe que ciertos factores pueden aumentar el riesgo de padecerlo; algunos de estos incluyen el consumo de alcohol y tabaco, la dieta, la edad, los gérmenes infecciosos, la exposición a luz solar, la obesidad, la radiación, entre otros (National Cancer Institute [NCI], 2015). En general, los tumores malignos son generados en un proceso de varias etapas; estas alteraciones son el resultado de la interacción

entre componentes genéticos y tres agentes externos principales: 1) físicos (radiaciones ultravioletas, por ejemplo); 2) químicos (componentes de humo de tabaco, de los alimentos o bebidas) y 3) biológicos (ciertos virus, bacterias y parásitos). Además, se habla de que el riesgo de padecer cáncer aumenta conforme la edad (OMS, 2018). Sin embargo, se sabe que los principales factores de riesgo se basan en cuestiones dietéticas y conductuales, específicamente un índice de masa corporal (IMC) elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y de alcohol (OMS, 2018).

De acuerdo con las estadísticas internacionales el cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo (OMS, 2018), en el 2012 se reportaron alrededor de 14 millones de casos nuevos; en el 2015, esta enfermedad fue la segunda causa de muerte a nivel mundial y cerca del 70% de muertes por cáncer se registraron en países de ingresos medios y bajos. Finalmente, los cinco tipos de cáncer que causan mayor número de fallecimientos son el pulmonar, hepático, colorectal, gástrico y mamario.

II. Cáncer de mama

El cáncer de mama se inicia cuando las células en la mama crecen descontroladamente, convirtiéndose en tumor maligno al momento en que dichas células tienen la capacidad de invadir tejidos cercanos o esparcirse a otras áreas del cuerpo (metástasis); este último proceso sucede cuando las células cancerígenas entran en la sangre o en el sistema linfático, el cual se encarga de transportar subproductos de tejidos, desechos y células del sistema inmunológico. El cáncer mamario puede darse en cualquier parte del seno, sin embargo, comúnmente emerge en

los conductos o lobulillos mamarios. La mayoría de las personas que contraen este padecimiento son mujeres, aunque los hombres también son susceptibles a padecerlo (ACS, 2017).

Conforme a cifras del GLOBOCAN (2012), para las mujeres la neoplasia más común es el cáncer de mama, con una incidencia del 25%, una prevalencia del 32% y mortalidad del 15%. El Instituto Nacional del Cáncer en EUA estimó que para el 2018 se presentarían 63 960 casos nuevos de cáncer *in situ* y 266 120 de enfermedad invasiva. En México, para el año 2012, se estimaba que la prevalencia del cáncer de mama era del 19%, su incidencia del 14%, mientras que la mortalidad de 7.2%. Por su parte, durante 2016 el INEGI reportó que esta neoplasia continuaba siendo la primera causa de muerte en mujeres de entre 34 y 44 años de edad, y la segunda entre aquellas de 25 a 34 y de 45 a 64 años de vida.

De acuerdo con Mcpherson, Steel & Dixon (2000) algunos factores que probabilizan la aparición del cáncer de mama son:

1. Edad: el riesgo se incrementa a la par de la misma.
2. Variación geográfica: lo cual indica que el factor ambiental tiene mucho más peso que el genético.
3. Edad de menarquía y menopausia: las mujeres que inician la menstruación a temprana edad y presentan menopausia tardía, tienen un riesgo elevado de sufrir cáncer mamario.
4. Edad del primer embarazo: no tener hijos, así como tenerlos después de los 30 años de edad aumentan el peligro.
5. Historia familiar: cerca del 10% de los carcinomas de mama en países del Occidentales es debido a una predisposición genética.

6. Antecedentes de enfermedades benignas de mama: las mujeres con hiperplasia epitelial atípica severa tienen de cuatro a cinco veces más riesgo de presentar cáncer de mama.
7. Radiación: se observó un riesgo elevado al doble en adolescentes expuestas a radiación durante la Segunda Guerra Mundial.
8. Estilos de vida: donde se incluyen categorías como la dieta, peso, ingesta de alcohol, hábito de fumar.
9. Uso de anticonceptivos orales: hay un riesgo de padecer cáncer de mama mientras se consumen dichos medicamentos, así como 10 años después de suspenderlos; sin embargo, aquellas que tienen una historia de consumo llegan a presentar estadios menos avanzados de la enfermedad. Asimismo, quienes inician su uso antes de los 20 años de edad están ante un mayor riesgo.
10. Terapia de remplazo hormonal: el riesgo aumenta de acuerdo al número de años de tratamiento, así como si se incluye la combinación de estrógeno y progesterona. Sin embargo, quienes han utilizado esta terapia son diagnosticadas con estadios menos avanzados.

Si bien es cierto que muchos de estos factores son susceptibles de modificación, es importante también realizar actividades de prevención a nivel primario, secundario y terciario, ya que variables como la detección temprana y un tratamiento adecuado impactan en los resultados de éstos últimos, sin embargo, esto depende de las oportunidades de acceso a dichas variables (Lozano-Ascencio, Gómez-Dantés, Lewis, Torres-Sánchez y López-Carrillo, 2009). En este

sentido, se ha mencionado que existen sectores minoritarios de la sociedad que se encuentran rezagados en cuanto la calidad y tiempo de la atención, lo cual aumenta el riesgo de estas poblaciones a sufrir consecuencias más apremiantes (Shinagawa, 2000). Knaul et al. (2008) mencionan que en México, sólo entre el 5% y 10% de los casos son diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad, por lo que aumenta la probabilidad de que estas mujeres tengan que someterse a tratamientos más largos para su curación.

Una persona que es diagnosticada con cáncer en mama debe ser al principio examinada para determinar el estadio de la enfermedad, y posteriormente ser sometida al tratamiento adecuado. Las pruebas que suelen ser utilizadas para confirmar el diagnóstico incluyen mamografía, ecografía, imágenes por resonancia magnética (IRM) y biopsia (NCI, 2018). En un principio, se llevan a cabo evaluaciones donde se toma en cuenta la historia del paciente, exploración física, mastografía bilateral de diagnóstico, revisión patológica del tejido, determinación del estatus de los receptores de estrógeno (RE) y resonancia magnética (de ser necesaria; Gradishar et al., 2017).

De acuerdo con el estado de afectación, se asigna a una de las etapas con base en el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer, el cual es usado a nivel internacional (Senkus et al., 2015). El proceso de etapificación ayuda a guiar el tratamiento y brinda información respecto al diagnóstico; además indica qué tanta alteración existe y dónde se localiza el tumor exactamente. Para determinar la etapa, se toman en cuenta aspectos tales como la localización y el tamaño del tumor primario (T), el grado de invasión en los nódulos linfáticos (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M). Una vez que estos tres elementos son determinados, se combinan y se asignan a una etapa final que puede ser 0, I, II, III o IV; finalmente, a éstos números se les agrega una letra como A o B (IIIB por ejemplo) para ser sub

divididos. En este sentido, los tumores malignos con etapas I son los menos avanzados y por lo general tienen un mejor pronóstico; por el contrario, al ascender la etapa el grado de gravedad es mayor, sin embargo, en muchos casos aún pueden ser tratadas con éxito (AJCC, 2018; Arce et al., 2011).

Al detectarse la presencia de cáncer de mama, se continúa con la confirmación del pronóstico, la evaluación del estado de la enfermedad y la selección del tratamiento (NCI, 2018).

El manejo de las pacientes que son diagnosticadas con cáncer de seno es complejo y diverso. Varias son las formas que existen para tratar este tipo de cáncer, lo que varía en función de la etapa y el tipo. Estos pueden dividirse en locales y sistémicos; los primeros hacen referencia a aquellos tratamientos que no afectan el resto del cuerpo como la cirugía y la radioterapia (RT), mientras que los segundos alcanzan las células cancerosas en casi cualquier parte del cuerpo, pueden ser administrados de forma oral o intravenosa, e incluyen la terapia hormonal, la quimioterapia y la terapia dirigida. La mayoría de las pacientes recibirán más de uno de estos tratamientos (ACS, 2018).

Asimismo, diferentes fases pueden ser encontradas en el curso del tratamiento para controlar el cáncer de mama. En primer lugar se ubica el tratamiento primario, que tiene la finalidad de prevenir la progresión de la enfermedad, pudiendo llevarse a cabo una cirugía (mastectomía total de mama o cirugía conservadora), RT y/o terapia endócrina adyuvante. Posterior a este régimen, a algunos pacientes se les indica la toma de medicamentos hormonales como el tamoxifeno para reducir el riesgo de recurrencia invasiva. Finalmente, se encuentra la etapa de vigilancia, cuyo objetivo es mantenerse al tanto acerca de posibles recurrencias, así como evaluar y manejar complicaciones relacionadas con los procedimientos médicos; esto

engloba revisiones periódicas físicas y clínicas cada 6 a 12 meses durante 5 años (Gradishar et al., 2017).

Dichos procedimientos conllevan múltiples efectos secundarios tanto en el ámbito físico como en el psicosocial. Por un lado se encuentra el tratamiento quirúrgico, el cual se divide en cirugía conservadora o extirpación total (mastectomía), esta a su vez puede ser de diferentes tipos dependiendo de la cantidad de tejido que se extirpe. La cirugía conservadora puede utilizarse en aquellos casos de carcinoma in situ, siempre y cuando el tumor tenga márgenes adecuados (<2 mm). En nuestro país es común que se realice mastectomía radical modificada (MRM) debido a que la detección suele realizarse en estadios avanzados, lo cual deriva en la resección total de la mama y del tejido mamario. Por otro lado, los ganglios axilares también pueden ser removidos con la finalidad de disminuir la recurrencia local y consolidar la estadificación; sin embargo, el beneficio de dicha técnica no es muy alto y las complicaciones suelen ser frecuentes (Arce et al., 2011). Dicho lo anterior, la cirugía de mama supone la amputación de una parte del cuerpo, lo que puede derivar en la sensación de mutilación, desvalorización de la femineidad y del atractivo sexual, vergüenza, culpa o abandono (Rowland & Massie, 2010).

Por otro lado se encuentra la radioterapia, la cual está indicada después de la cirugía conservadora, y se emplea en estadios tempranos de la enfermedad; asimismo, puede emplearse en toda la mama o en partes específicas para disminuir el riesgo de recurrencia y aumentar la supervivencia, ya que se considera que los sitios cercanos al tumor primario son los más susceptibles a verse afectados (Arce et al., 2011; Senkus et al., 2015). Básicamente, la radioterapia consiste en la administración de altas dosis de radiación a las células cancerígenas con el fin de dañar su ADN y prevenir su proliferación, una vez que esto sucede, las células ya

muertas o dañadas son desechadas por el cuerpo. Existen además dos tipos de radiaciones, las de haz externo y las de haz interno; las primeras enfocan el tratamiento hacia una sola parte de su cuerpo a través de una máquina especializada; las segundas, consiste en colocar la radiación dentro del cuerpo a través de una fuente sólida o líquida. Asimismo, este tratamiento produce varios efectos secundarios entre los que se encuentran cansancio extremo, caída del cabello, cambios en la piel, hinchazón o edema y sensibilidad (NCI, 2018).

Las pacientes que son sometidas a radiación tienen mayor riesgo de sufrir linfedema (inflamación causada por acumulación de linfa –líquido que contiene glóbulos blancos-), especialmente aquellas cuyos nódulos axilares fueron removidos; esto limita la capacidad de movimiento y aumenta el malestar físico. Asimismo, se han reportado varios efectos tardíos de la radiación como segundos tumores, trastornos cognitivos, necrosis, trastornos oculares, auditivos, dentales, tiroideos, de esófago, pulmonares, del corazón, entre otros (Montero et al., 2005; Rowland & Massie, 2010). Además, un estudio realizado en México encontró que la prevalencia de problemas como ansiedad y depresión en mujeres que estaban siendo sometidas a radioterapia estaba en 27 y 28% respectivamente; también se demostró que quienes se encontraban deprimidas sufrían de mayores efectos físicos propios de la radioterapia como resequedad en la boca, irritación y dolor en la zona radiada. Estos hallazgos coinciden con otros estudios donde se señala la ansiedad y depresión como síntomas comunes de personas bajo radioterapia, sobre todo, se menciona que la depresión aumenta posterior a dicho tratamiento y que la aparición de problemas psicológicos se relaciona con el grado de afectación debida a efectos secundarios (Ornelas-Mejorada, Tufiño-Tufiño y Sánchez-Sosa, 2011; Stiegelis, Ranchor, & Sanderman, 2004).

Por su parte se encuentra la quimioterapia, la cual consiste en la administración de fármacos que destruyen las células cancerosas, sin embargo, también puede destruir las células sanas como las que recubren la boca, las de los intestinos y las que generan crecimiento del cabello. Los efectos de la quimioterapia van desde curar, controlar o mejorar los síntomas del cáncer, lo cual depende del tipo de cáncer y del grado de expansión que exista en el cuerpo. Además, el tiempo de tratamiento así como su forma de administración varían en función del tipo de cáncer, el estadio, los objetivos de tratamiento, el tipo de medicamento y la reacción particular de cada paciente; puede ser aplicada por medio de inyección, intraarterial, intraperitoneal, intravenosa, tópicamente u oralmente. En general, es administrada por ciclos, a cada uno de éstos le sigue un periodo de descanso el cual tiene la finalidad de brindar la oportunidad al cuerpo de producir nuevas células saludables (NCI, 2007).

Este tratamiento puede causar múltiples efectos colaterales como disminución de la capacidad física, dolor, náuseas, vómitos, pérdida de cabello, anemia, falta de concentración, menopausia prematura y el eventual riesgo de que algunos de estos síntomas persistan incluso después del tratamiento, tales como fatiga, dolor, pérdida de memoria, disfunción sexual y ganancia de peso. Es posible también, que durante la quimioterapia los pacientes experimenten emociones como ansiedad, depresión, miedo, enojo, frustración, vulnerabilidad o soledad (Rowland & Massie, 2010; NCI, 2007).

Por su parte, los tratamientos endócrinos se emplean cuando el tumor es hormonosensible, lo cual sucede entre el 50 y 70% de los casos. Su uso no es recomendable con quimioterapia, pero se ha demostrado que muchos de éstos aumentan la supervivencia por lo que suelen ser recetados una vez terminado el periodo activo del tratamiento. Entre éstos se encuentran el tamoxifeno, los inhibidores de aromatasa y la supresión ovárica. Los tratamientos

hormonales se han asociado con el incremento de síntomas como bochornos, dolor articular y muscular; además, sus efectos en la función cerebral ya están siendo estudiados (Arce et al, 2011; Rowland & Massie, 2010).

Sobre esta línea, es evidente que los tratamientos y procedimientos antes mencionados generan cambios importantes tanto a nivel físico como fisiológico, debido a sus efectos secundarios; además, conllevan otras consecuencias sociales como mayores gastos económicos, cambios en las actividades familiares y laborales, modificaciones en la autoimagen y el autoestima, por mencionar algunos. Esta serie de cambios inesperados, impactan en el estado de ánimo y en el equilibrio psicológico de los pacientes, generando emociones de tristeza, preocupación, miedo, enojo, frustración, soledad y, en consecuencia, la calidad de vida de las personas que viven con cáncer mamario se ve profundamente afectada.

III. Circunstancias Psicosociales y Emocionales en la Etapa de Supervivencia al Cáncer de Mama

A diferencia de una enfermedad transitoria, una condición crónica como el cáncer tiene características particulares, ya que el someterse a uno o varios de los tratamientos antes mencionados involucra grandes implicaciones en numerosas esferas de la vida de las pacientes, no solo a corto sino también a largo plazo.

La trayectoria de un paciente diagnosticado con cáncer incluye etapas como el diagnóstico, el tratamiento activo y la transición de esta etapa a la de supervivencia. Al respecto de esta última, se ha referido que un paciente es superviviente al cáncer cuando ha estado libre de tratamiento médico por un periodo mínimo de un año, mientras que otras definiciones destacan

que se trata de aquellas personas que han sobrevivido durante cinco años o más tras el diagnóstico pero que a pesar de estar libre de enfermedad, aún padecen de las secuelas físicas, psicológicas o sociales derivadas del cáncer y/o de sus tratamientos (Braña, Carrera, De La Villa, Vegas, Avanzas y Gracia, 2012).

Sin embargo, una definición más incluyente es la de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) (2013), y refiere que el término sobreviviente describe a los pacientes que han completado el o los tratamientos después de haber sido diagnosticados con cáncer. Para términos prácticos, esta última definición será utilizada para en el presente estudio.

A pesar de haber concluido el tratamiento activo, los pacientes que llegan a la etapa de libre enfermedad aún tienen que seguir protocolos de revisiones médicas periódicas, e incluso a algunos les son administradas terapias hormonales por varios años, además se les recomienda adoptar estilos de vida saludables que incluyan actividad física regular, una sana alimentación y medidas de protección para evitar complicaciones como el linfedema (Arce et al., 2011).

Las estadísticas mundiales indican que las tasas de supervivencia al cáncer de mama van en aumento (Bodai & Tusso, 2015). La ACS (2017) calcula que en Estados Unidos existen más de 3.1 millones de supervivientes al cáncer de seno, y agrega que la probabilidad de que una mujer muera a causa del cáncer es del 2.7%, además de que la tasa de mortalidad de 1989 a 2015 descendió en un 39%. Según cifras de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés, 2018), en el 2008 existían alrededor de 5 millones de sobrevivientes al cáncer de mama en el mundo. Asimismo, este organismo reportó que los niveles de supervivencia eran mayores en países desarrollados, ya que en regiones como Asia del Este se estimaban seis muertes por cada 100 000 mujeres, mientras que en África del Oeste las cifras alcanzaban hasta las 20 muertes por cada 100 000.

El Registro de Supervivientes de Cáncer en México hasta la fecha indicó un número total de 3,201 supervivientes de cáncer, de los cuales 2,536 tenían más de 5 años libre de enfermedad.

Hablando de supervivientes de cáncer de mama específicamente, otro estudio reportó que la supervivencia global a cinco años fue de 58.9%, y que dicho porcentaje variaba dependiendo del estadio clínico en que las pacientes se encontraban al momento de la detección, siendo de 47.5% para el estadio IIIB, 44.2% para el IIIA y 15% para el IV (Flores-Luna et al., 2008). Por su parte, Villareal (2017) refiere que la tasa de supervivencia a cinco años para cada etapa respectivamente es de 95% (I), 85% (II), 55% (III) y 16% (IV).

A pesar de los datos antes presentados, aún no existen estadísticas oficiales que describan las tasas reales de sobrevivientes de cáncer mamario a nivel nacional; por lo que no es posible conocer con exactitud cuántas de las personas que son diagnosticadas alcanzan a concluir el tratamiento médico con éxito, ni cuáles son las características específicas de esta población. Esto deriva en una falta de atención de las necesidades particulares que este sector de pacientes presenta.

Derivado del alto número de sobrevivientes es que la Sociedad Americana contra el Cáncer reconoce sus necesidades psicosociales y desarrolla una Guía para el Cuidado del Sobreviviente de Cáncer de Mama (2016), resaltando la importancia de contar con abordajes específicos para cada aspecto de la vida de un sobreviviente de cáncer de seno, tales como la salud en general, el bienestar físico, emocional y la calidad de vida. Esto no sólo por los efectos propios del curso de enfermedad, sino también por la aparición de comorbilidades físicas.

Por lo tanto, se reconoce que recibir el diagnóstico de cáncer, además de pasar por el tratamiento para dicha enfermedad, pueden representar, para las supervivientes eventos

especialmente estresantes, ya que supone diversas dificultades en la vida diaria tales como: preocupaciones acerca del cuidado de los hijos, la organización de las tareas del hogar, problemas en la relación de pareja, problemas laborales y financieros. Sumado a los efectos físicos de la enfermedad, tanto para pacientes como para familiares (o cuidadores), están las continuas emociones a las que se enfrentan, entre ellas: preocupación, miedo, depresión, ansiedad. Incluso algunos sobrevivientes han reportado sentirse abandonados después del intenso apoyo recibido durante el tratamiento; además de experimentar miedo a la recurrencia y estrés post traumático (De Ridder, Geenen, Kuijer & Middendrop, 2008; Yi & Syrjala, 2017).

Un estudio realizado con mujeres latinas sobrevivientes de cáncer de mama, reportó que las principales quejas de las participantes se centraban en la presencia de síntomas físicos frecuentes como dolor, fatiga, bochornos, adormecimiento de manos o pies y resequedad vaginal; además de síntomas emocionales como pensamientos acerca de la recurrencia, depresión o tristeza, ansiedad y estrés; todo lo cual pareció propiciar ciertas necesidades de atención, incluyéndose entre estas el manejo adecuado de los efectos físicos, presencia de apoyo social y familiar, transición formal de la etapa de tratamiento activo hasta el seguimiento, guía para controlar el miedo a la recurrencia y provisión de información pertinente a los efectos tardíos de los tratamientos iniciales, así como de la terapia hormonal (Napoles et al., 2017).

Se ha hablado también del rezago respecto a la literatura generada para el cuidado de la calidad de vida de las supervivientes de cáncer mamario de origen latino, pero además, se han encontrado carencias en la atención y la oferta del seguimiento apropiado para dichas pacientes con respecto a la información, tratamientos disponibles y soporte instrumental como transporte y cuidado de los hijos (Lopez-Class, Gomez-Duarte, Graves, & Ashing-Giwa, 2012).

Aunado a lo anterior, muchos supervivientes reportan dificultades para retomar sus vidas lo que incide en el riesgo de presentar problemas de salud mental (ACS, 2016). Algunas investigaciones reportan que las consecuencias emocionales de los tratamientos para el cáncer afectan en la salud sexual, el estilo de afrontamiento, el estrés, los pensamientos, la calidad de vida (física y psicológica), el apoyo social percibido, las relaciones familiares, la imagen corporal, la sociabilidad, e incluso puede inducir otros problemas de salud como infertilidad, fatiga, trastornos del sueño, etcétera (Bueno-Robles y Soto-Lesmes, 2015; Font y Cardoso, 2009; Hernández y Landero, 2013; Die, 2015; Biasoli, Falorio, Luminari, Spector & Federico, 2012; Ho, Rohan, Parent, Tager y McKinley, 2015).

En México de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología INCAN; (2018), se reportó que el 98.88% de los sobrevivientes de diferentes cánceres, incluyendo el cáncer de mama, suelen presentar efectos secundarios a los tratamientos como neuropatía, fatiga y dolor óseo principalmente; dificultades en la sexualidad como abandono de su pareja y baja en el deseo sexual (82.72%) y un 50% teme sufrir recaídas. Finalmente, problemas sociales como dificultad para reincorporarse al trabajo y discriminación debida a la enfermedad también fueron reportados en un 50% de los registrados.

Además de los problemas sociales, una de las consecuencias emocionales más frecuentes es la sintomatología depresiva, y a lo largo de su estudio se ha encontrado que incluso tratamientos como son la quimioterapia, la hormonoterapia y la extirpación o bloqueo ovárico, así como algunos medicamentos para el dolor especialmente los opiáceos, pueden causar depresión (Breastcancer.org, 2017).

Es común que la sintomatología depresiva, se presente después de la conclusión del tratamiento curativo (Fagundes, LeRoy & Karuga, 2015; Kim et al., 2008; Stanton & Bower,

2015). Un estudio indicó que el 13% de las pacientes con cáncer de mama presentó sintomatología depresiva y que ésta no disminuyó incluso hasta 12 meses después del diagnóstico (Boyes et al., 2013).

Otra investigación encontró resultados similares, ya que observaron un aumento en consultas debidas a depresión y en el uso de antidepresivos ocho años tras el diagnóstico de cáncer de mama (Suppli et al., 2014).

Por su parte, Henselmans et al. (2010) realizaron una investigación donde 171 mujeres con cáncer de mama fueron evaluadas desde el diagnóstico hasta seis meses después de finalizar el tratamiento, y encontraron que el 33% de las pacientes refirieron distrés durante el diagnóstico y el tratamiento, mientras que el 15% de las mujeres mencionaron que este aumentaba al finalizar el tratamiento y persistió seis meses después.

La ACS (2016) señala que la prevalencia de depresión varía de reporte a reporte debido a inconsistencias en los instrumentos de medición utilizados y en las aproximaciones metodológicas, tales como los controles seleccionados de población sana, pero, indica que la prevalencia estimada para la depresión se encuentra en el 11.6% en sobrevivientes.

En México, no se tienen estadísticas oficiales respecto a la depresión; sin embargo, el INCAN (2018) ha calculado que el 95.85% de los sobrevivientes de varios tipos de cáncer, incluido el de mama, reportan problemas emocionales como depresión o ansiedad.

Tales datos cobran relevancia debido a que la sintomatología agrava las dificultades que ya de por sí atraviesan las pacientes; además, se ha puesto en evidencia que la sintomatología depresiva así como el distrés emocional tienen consecuencias importantes sobre la calidad de vida y sobre el grado de afectación de las secuelas físicas de los tratamientos médicos, como son

resequedad en la boca, irritación en la piel y dolor (Campbell-Enns & Woodgate, 2015; Ornelas-Mejorada et al., 2011). Al igual, síntomas depresivos se han asociado con un aumento en los niveles de marcadores inflamatorios (Stagl et al., 2015); pensamientos de muerte o de hacerse daño (Walker et al., 2008); baja adherencia a los tratamientos médicos, complicaciones y disminuir los años de supervivencia si dichos síntomas no son atendidos (Aguado Loi et al., 2013).

Dicho lo anterior, es importante tratar tales síntomas para prevenir el agravamiento de problemas tanto físicos como emocionales, psicológicos y sociales que las sobrevivientes de cáncer de mama atraviesan día con día.

IV. Intervenciones Psicológicas para la Depresión Durante y Después del Tratamiento Activo para el Cáncer

Dadas las complicaciones y consecuencias negativas que se derivan de la sintomatología depresiva, diversas intervenciones se han puesto en evidencia para tratar esta sintomatología no solo en pacientes oncológicos durante el tratamiento activo sino también en quienes han pasado a la etapa de supervivencia, entre ellos se encuentran terapias como la cognitivo conductual, mindfulness, bio-conductual, modificación del estilo de vida, técnicas de cuerpo-mente, música-terapia, entre otras (Bradt, Dileo, Grocke, & Magill, 2011; Brothers, Yang, Strunk, & Andersen, 2011; Jassim, Whitford, Hickey, & Carter, 2015; Jeitler et al., 2017; Kenne Sarenmalm, Mårtensson, Andersson, Karlsson, & Bergh, 2017; Stagl et al., 2015).

Para el caso específico de supervivientes de cáncer de mama, se han encontrado estudios que proponen programas multidimensionales desde casa (con componentes de intervención a

nivel físico, educacional y/o psicológico), grupos sociales de apoyo en línea, mindfulness, terapia cognitivo conductual (TCC), meditación, educación para el auto manejo, terapia de aceptación y compromiso (TAC), entre otros (Boyle, Stanton, Ganz, Crespi & Bower, 2017; Cheng, Lim, Koh, & Tam, 2017; González-Fernández, Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero & Pérez-Álvarez, 2017; Karageorge et al., 2017; Lengacher et al., 2016; Lepore, Buzaglo, Lieberman, Golant & Davey, 2011; Yun, Song, Jung, Yu, & Lee, 2017).

A pesar del vasto número de estudios que ponen a prueba dichas intervenciones, la gran mayoría se enfocan en poblaciones que aún se encuentran bajo tratamiento médico. Sin embargo, ya sea con pacientes en tratamiento activo o en etapa de sobrevivencia, las intervenciones antes mencionadas se han desempeñado con resultados positivos en el ámbito de la oncología de forma general, además han demostrado disminuir los síntomas depresivos.

Si bien es cierto que las llamadas terapias de tercera generación (como Mindfulness o TAC) se han puesto en relieve durante los últimos años, es la terapia cognitivo conductual la que ha evidenciado tener mayor utilidad al tratar no sólo la depresión, sino otros problemas emocionales y psicosociales como el estilo de afrontamiento o algunos síntomas, a los que se enfrentan las personas que han vivido con cáncer (Font y Rodríguez, 2007; Montesinos, 2009).

La terapia cognitivo conductual pone en relieve la importancia de los pensamientos sobre el estado de ánimo, fundamentando que las emociones son difíciles de modificar, por lo que resulta crucial hacer un cambio en los pensamientos y en las conductas como primer paso para modificar las emociones; la TCC tiene como objetivo modificar las percepciones de los individuos a modo de causar efecto en las emociones y comportamientos (Cully & Teten, 2008; Daniels, 2015).

Múltiples publicaciones en población oncológica señalan la eficacia de la TCC en variables psicosociales como la depresión (Duijts, Faber, Oldenburg & Beurden, 2011). Tales publicaciones ponen en evidencia que la TCC puede disminuir síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama específicamente y hacen referencia a diferentes modalidades de terapia como la grupal o en línea (Karageorge et al., 2017; Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez y García 2008).

Un estudio por ejemplo, comparó una intervención cognitivo conductual contra el control clínico en una población de 40 pacientes diagnosticados con depresión recurrente que anteriormente habían respondido favorablemente a la fármaco terapia; los resultados revelaron que el grupo bajo TCC tuvo niveles significativamente más bajos de síntomas residuales tras la interrupción de fármacos, además de mostrar tener menores índices de recaídas. Los componentes utilizados el grupo de TCC fueron: reestructuración cognitiva, modificación del estilo de vida y terapia de bienestar (reforzamiento de comportamientos saludables) (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998).

Similarmente, Hopko et al. (2008) incluyeron en su estudio a 13 pacientes con cáncer que presentaban sintomatología depresiva en grado moderado. La intervención tuvo una duración de nueve semanas e incluía elementos de entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, exposición conductual, solución de problemas, manejo de sueño y un marcado énfasis en activación conductual; esto produjo una reducción significativa en las medidas de depresión, ansiedad, calidad de vida y variables médicas, manteniéndose dichos cambios a los tres meses de seguimiento (excepto en el caso de la ansiedad).

Por su parte, en supervivientes de cáncer Richardson y colaboradores (2011) realizaron una revisión de literatura con 87 estudios y concluyen que existe evidencia suficiente que respalda los efectos positivos de la TCC sobre la depresión en supervivientes de cáncer.

Otras investigaciones realizadas en supervivientes de cáncer de mama que miden la sintomatología depresiva como variable secundaria muestran resultados similares a los anteriores (Irwin et al., 2017).

Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorizado que buscaba disminuir el miedo a la recurrencia en pacientes sobrevivientes a diversos tipos de cáncer (incluyendo el cáncer de mama), utilizó una intervención cognitivo conductual (en modalidad presencial y en línea con elementos de psicoeducación, reestructuración cognitiva y modificación conductual) para el grupo experimental, mientras que al grupo control se le administró el cuidado regular. Los datos indicaron una disminución del miedo, así como del nivel de depresión, distrés, fatiga, vigilancia corporal y estatus de salud (van de Wal, Thewes, Gielissen, Speckenes & Prins, 2017).

Por su parte, Lechner et al., (2014) encontraron una disminución de síntomas depresivos a través de una intervención grupal cognitivo conductual de 10 sesiones comparada con un programa educativo para el bienestar en 114 mujeres negras supervivientes al cáncer de mama; los elementos principales de la TCC incluían ejercicios de relajación y técnicas cognitivas para el manejo del estrés como modificación del afrontamiento, reestructuración cognitiva y mejora de habilidades interpersonales. Los autores señalan que ambas intervenciones tuvieron efectos positivos en las variables estudiadas (calidad de vida, pensamientos intrusivos, síntomas depresivos y niveles de estrés), por lo que concluyen que el entrenamiento constante, la existencia de grupos de apoyo y la provisión de información adecuada a las pacientes a lo largo

de los seis meses de intervención, fueron factores que favorecieron los resultados efectivos en ambos grupos.

Otra intervención comunitaria que tuvo una duración de ocho semanas incluyó a 37 mujeres supervivientes y bajo tratamiento de cáncer de mama, a quienes se les administró una intervención grupal con diversos módulos entre los cuales se incorporaba arte terapia, educación en salud, soporte espiritual y TCC, ésta última contenía diferentes técnicas de relajación y detención del pensamiento. Dicho régimen demostró mejorar las comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad, así como el ajuste psicológico de las sobrevivientes. Finalmente, dentro de las conclusiones del estudio, se resalta que a pesar de los resultados positivos, pudo observarse una relación entre las respuestas de las participantes y el tipo o etapa de tratamiento bajo el cual se encontraban al momento del programa (Kokavec, 2016).

Dichas investigaciones demuestran que la intervención psicológica es efectiva para reducir tanto el malestar emocional como otros factores que determinan la calidad de vida, como los estilos de afrontamiento, el miedo a la recurrencia, las habilidades interpersonales, entre otros. Específicamente, la terapia cognitivo conductual ha recabado evidencia suficiente para ser utilizada bajo el contexto de enfermedades como lo es el cáncer durante y después de los procedimientos médicos; lo que indica que la TCC involucra elementos que resultan clave para el éxito del tratamiento psicológico tales como la información que se le brinda al paciente, la modificación conductual, el entrenamiento en relajación para el manejo del estrés, técnicas de resolución de conflictos y la reestructuración cognitiva, por mencionar los principales.

V. Terapia Cognitiva para la Depresión

Como se ha descrito, diversos son los componentes que se incluyen como parte de la TCC para mejorar la sintomatología depresiva, pudiéndose observar la introducción de técnicas de relajación, modificación del afrontamiento, habilidades interpersonales, psicoeducación, cambio conductual, detención del pensamiento y reestructuración cognitiva; sin embargo, pocos estudios enfatizan el impacto sobre la depresión de cada uno de dichos componentes de forma particular.

De manera específica, los efectos de la reestructuración cognitiva han sido ampliamente contemplados sobre población sana y forma parte de una de las principales herramientas para tratar la depresión, siendo el modelo cognitivo de Aaron Beck y Albert Ellis los predominantes (Nezu, Nezu y Lombardo, 2004).

Por un lado, la terapia cognitiva de Beck tiene la característica de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión, y fue probada en relación a los tratamientos disponibles durante su surgimiento, los cuales consistían principalmente de fármacos (Pérez y García, 2001).

El modelo cognitivo de la depresión desarrollado por Beck, se compone de tres elementos básicos: 1) tríada cognitiva negativa, 2) esquemas negativos y 3) distorsiones cognitivas (errores en el procesamiento de la información) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Esto significa que el sujeto deprimido sostiene ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro. A su vez, los esquemas constan de pensamientos estables que representan el compendio de percepciones respecto a experiencias pasadas. Generalmente, las personas propensas a la

depresión tienden a responder de forma rígida y negativa ante los acontecimientos, interpretándolos de manera imprecisa (Nezu et al., 2004).

Otro modelo de terapia cognitiva, es el desarrollado por Ellis, quien desarrolla la Terapia Racional Emotiva, y plantea que las emociones disfuncionales surgen a partir de sistemas de creencias irracionales, las cuales se definen como todos aquellos pensamientos que generan consecuencias emocionales y conductuales negativas. Según este autor, las ideas irracionales son conformadas por tres supuestos: 1) la irracionalidad es la fuente de cualquier psicopatología neurótica, 2) las creencias tienen el poder de producir emociones y conductas; y 3) la terapia tiene el objetivo principal de sustituir pensamientos disfuncionales por otros más racionales y saludables (Heman, 2007).

Ambos modelos teóricos han sido ampliamente utilizados en el tratamiento de la depresión, pues como se refiere, tienen como objetivo principal modificar las ideas disfuncionales que generan y sostienen el malestar emocional, independientemente de las circunstancias por las que atraviese el individuo (Beck et al., 1983; Heman, 2007; Nezu et al., 2004).

Como se ha mencionado anteriormente, los pacientes con cáncer se enfrentan a diversas dificultades en el trayecto de la enfermedad, iniciando con el diagnóstico y los tratamientos médicos hasta la etapa de supervivencia, en consecuencia, muchos de estos pacientes experimentan diversos desajustes psicológicos como depresión, ansiedad, miedo a la recurrencia e insomnio (Desautels, Trudel-Fitzgerald, Ruel, Ivers & Savard, 2017).

Una persona promedio ante situaciones adversas mantendría una visión realista y positiva sobre otros aspectos menos traumáticos en su vida; sin embargo, un individuo con tendencia a la

depresión se observará bastante presionado, desarrollando ideas negativas acerca de su situación y de otros ámbitos de su vida (Beck et al., 1983).

En el caso de una persona que es diagnosticada con cáncer, las distorsiones cognitivas latentes pueden desencadenarse a partir de tal evento y por ende, es probable que surjan e incluso prevalezcan una serie de síntomas depresivos a lo largo de la enfermedad (Beck et al., 1983). Diversas investigaciones han descrito el papel de las cogniciones sobre el estado de ánimo y la forma de enfrentar la enfermedad. En este sentido, las creencias negativas respecto al cáncer tienen gran influencia en la evolución longitudinal de diversos síntomas, entre los cuales destacan la depresión (Desautels et al., 2017).

Por ejemplo, un estudio demostró en una población de 68 mujeres latinas que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama dentro de los últimos cinco años, que las percepciones de las pacientes respecto a la situación de enfermedad tenían gran relación con el surgimiento de síntomas depresivos; sobre todo si la evaluación cognitiva se presentaba como una percepción disminuida de la capacidad para sobreponerse y superar el cáncer (Aguado Loi et al., 2013).

Por otro lado, González-Fernández y colaboradores (2017) encontraron que la evitación inflexible de sentimientos y pensamientos respecto al proceso oncológico, se relacionan con la presencia de problemas emocionales como la depresión en sobrevivientes al cáncer de mama. Similarmente, Gillanders, Sincalir, MacLean & Jardine (2015) estudiaron una muestra de pacientes que vivieron con cáncer, y hallaron que las ideas de amenaza en relación con la enfermedad, así como un estilo de afrontamiento evitativo son fuertes predictores de depresión y de calidad de vida.

Aunado a esto, múltiples investigaciones en sobrevivientes al cáncer de mama, han puesto a prueba conceptos tales como los pensamientos intrusivos respecto a la enfermedad o el tratamiento, así como el significado global (que hace referencia a la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un orden), con la finalidad de conocer si actúan como moderadores en el surgimiento de dificultades emocionales como el estrés o la depresión, y en suma, relaciones positivas han convergido entre dichas variables (Matsuoka, Nakano, Inagaki & Sugawara, 2002; Vickberg, Bovbjerg, DuHamel, Currie, & Redd, 2000). De la misma forma, la evitación cognitiva (evitar la presencia de pensamientos y emociones relacionadas con la condición médica) se ha relacionado con la depresión (Cohee et al., 2016); además de otras variables como las creencias respecto a la salud, a los tratamientos, las causas y el curso de la enfermedad, así como visiones fatalistas tocantes al proceso oncológico (Gonzalez et al., 2015; Wen, Fang & Ma, 2014).

Algunas distorsiones cognitivas son comúnmente encontradas en pacientes con cáncer, por ejemplo, la catastrofización (“Nunca podré lidiar con el cáncer”), o culparse a sí mismo (“Tengo cáncer por mi inhabilidad para lidiar con el estrés”) (Stewart et al., 2001). Dichas distorsiones pueden generar mayor estrés, si las personas se ligan a ellas de una manera persistente y afanosa (Desautels et al., 2017).

Dicho lo anterior, se pone en evidencia lo común que es encontrar pensamientos desadaptativos y distorsionados en pacientes que viven con cáncer; ya sea por falta de información adecuada, por el contexto sociocultural o por las propias creencias respecto a la enfermedad; esto impacta en el surgimiento de emociones desagradables como el miedo, ansiedad y la depresión.

Por ello, tales hallazgos resaltan la importancia de utilizar técnicas de reestructuración cognitiva para corregir las creencias erróneas respecto a uno mismo o hacia la enfermedad, y así prevenir la persistencia del malestar psicológico y sus consecuencias a lo largo del tiempo. En este sentido, las técnicas cognitivas se dirigen a reconocer y modificar los conceptos distorsionados y creencias falsas que sustentan tales cogniciones. Si bien es cierto que existen variantes en los supuestos teóricos existentes para emplear la terapia cognitiva, como el de Beck y Ellis, todos tienen como principal función la reestructuración de pensamientos, esquemas o imágenes cognitivas (Bados y García, 2010; Gabalda, 2009).

Como se ha visto, la reestructuración cognitiva es una de las técnicas más comunes en la terapia cognitivo conductual. En sentido estricto, la reestructuración cognitiva consiste en que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos. Esto significa que durante las sesiones, el cliente y el terapeuta utilizan los pensamientos como hipótesis, y examinan los datos que sustentan dichas hipótesis para determinar si son útiles o correctas (Bados y García, 2010).

Sobre otra vertiente, se dice que la reestructuración cognitiva tiene dos objetivos, uno consiste en guiar a la persona para lidiar de forma más efectiva con situaciones estresantes, esta es llamada meta de afrontamiento; asimismo, se encuentra la meta de reestructuración, en la cual se busca modificar los pensamientos respecto a los eventos estresantes para aminorar la emociones desagradables experimentadas a partir de tales eventos (Arnkoff, 1986).

En primera instancia, se deben identificar los pensamientos y hacer una clara delimitación de los mismos, es decir que la cognición debe quedar definida con términos específicos y concretos. Las cogniciones pueden ser cuestionadas de forma verbal o conductual; la primera engloba el análisis lógico de la información mediante experiencias propias o de otros; la segunda forma se refiere a buscar las pruebas mediante experimentos hechos al propósito. Esto conlleva

al cliente a cuestionar y evaluar sus pensamientos para finalmente, modificarlos de forma más adaptativa (Bados y García, 2010).

La reestructuración cognitiva consta de cuatro pasos principales (Hope, Burns, Hayes, Herbert & Warner, 2010):

1. La identificación de los pensamientos problemáticos (pensamientos automáticos).
2. Identificación de las distorsiones cognitivas correspondientes.
3. Evaluación racional y lógica de los pensamientos automáticos.
4. Reformulación racional de los pensamientos distorsionados.

El efecto de esta técnica ha mostrado buenos resultados de manera individual en población en general para lidiar con pensamientos negativos, intrusivos y síntomas de depresión; varios de estos estudios incluso, han demostrado que dicha terapia tiene mejores resultados que el tratamiento farmacológico o es tan efectiva como éstos (Arnkoff, 1986; Larsson, Hooper, Osborne, Bennett, & McHugh, 2015; Pérez y García, 2001).

No obstante, después de realizar una búsqueda en diferentes bases de datos como PubMed, Redalyc, Psychinfo y Chochrane (a través de términos mesh y text word como “breast cancer survivors”, “breast cancer”, “cancer”, “cognitive restructuring”, “depression”, “depressive symptoms”), con respecto al impacto de la reestructuración cognitiva sobre la depresión en población oncológica, se encontró que la evidencia es escasa y se centra en pacientes con cáncer de mama que se encuentran en tratamiento activo (Font y Rodríguez, 2007).

En pacientes sobrevivientes de cáncer, se encontró que los tratamientos incluyen diversos componentes (entre estos, la reestructuración), sin embargo no es el objetivo principal de estos

estudios evaluar el impacto independiente de la reestructuración cognitiva. Esto a pesar de los beneficios mostrados por la modificación de pensamientos disfuncionales sobre la depresión y a pesar de que esta técnica es un elemento angular de la terapia cognitiva. En cambio, la mayoría de los estudios que evalúan componentes individuales para disminuir sintomatología depresiva se centran en técnicas conductuales como la relajación y la activación conductual (Fernández et al., 2011; Hopko, Bell & Hunt, 2005; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Morales-Cruz, Bernal y Amaral-Figueroa, 2017).

Lo anterior genera limitaciones en el conocimiento de los mecanismos que median los efectos de la terapia cognitiva, y por ende, circunscriben el diseño de intervenciones más costo-efectivas, es decir, intervenciones cortas y eficientes capaces de cubrir las necesidades no sólo psicológicas, sino también del entorno de quienes las reciben (Crits-christoph et al., 2017; Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders & Huibers, 2016; Dozois et al., 2009).

En virtud de lo anterior, el objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva sobre la sintomatología depresiva en sobrevivientes de cáncer de mama.

Método

Participantes

Mujeres mexicanas mayores de 18 años que concluyeron el tratamiento curativo para cáncer de mama en el servicio de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional (CMN) “La Raza”.

Criterios de Inclusión.

- Haber completado el tratamiento curativo (por ejemplo cirugía, radioterapia, quimioterapia o la combinación de varias; independientemente del tiempo por el cual lo hayan tomado). Está permitido estar recibiendo terapia hormonal al momento de la inclusión en el presente estudio.

- Mayores de 18 años.

- Tener un puntaje ≥ 16 en el cuestionario CES-D.

Criterios de Exclusión.

- Estar recibiendo otro tratamiento psicológico para síntomas depresivos al momento de la intervención, o en los dos meses previos a su participación en el presente estudio.

- Presencia de criterios clínicos de depresión mayor.

- Estar recibiendo tratamiento médico antidepressivo durante la intervención.

- Presentar comorbilidad psiquiátrica grave (por ejemplo, ideación o conducta suicida severa, haber sufrido psicosis recientemente, tener un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, consumo o dependencia de drogas, tener problemas cognitivos o neurológicos graves).

- Presentar condiciones que agraven o limiten acceso al tratamiento por ejemplo personas con capacidades diferentes o deterioro cognitivo severo.

El total de pacientes reclutadas durante dos meses de evaluación fue de 40, sin embargo, una de ellas no aceptó participar en el estudio, por lo que el número inicial fue de 39. La media de edad fue de 54 años, con una desviación estándar (DE) de 7.258, y un promedio de 41 meses (DE=28.617) viviendo en etapa de supervivencia; además, la mayoría se dedicaban al hogar (75.7%); el 62.2% era casada y el 40.5% concluyeron su educación hasta el bachillerato o carrera técnica. El nivel socioeconómico más frecuente fue el nivel medio con un 44.4%. El 59.5% fueron diagnosticadas con carcinoma lobulillar infiltrante y el 45.9% fue registrada en etapa II. Por otro lado, el 76.3% recibieron hormonoterapia, el 74.4% mastectomía radical modificada, el 73.7% radioterapia y el 68.4% quimioterapia adyuvante; mientras que solo el 23.7% fueron sometidas cirugía conservadora y el 31.6% quimioterapia adyuvante. En la Tabla 1 se muestran todas las características sociodemográficas y datos de salud de las participantes; en la primera columna se observa la variable de estudio, en la segunda el número de participantes evaluadas y en la tercera columna los resultados.

Tabla 1
Características sociodemográficas y datos de salud de la muestra

Variable numérica	N	Media (DE)
Edad	39	54.51 (7.258)
Años de escolaridad	37	9.59 (3.329)
Número de hijos	37	2.3 (1.372)
Meses desde el diagnóstico	38	69.74 (27.040)
Meses de superviviente	38	41.53 (28.617)
Variable categorial	N	Frecuencia (%)
Ocupación		
Ama de casa	37	28 (75.7)
Empleada		9 (24.3)
Estado Civil		
Casada	37	23 (62.2)
Soltera		5 (13.5)
Unión libre		1 (2.7)

Con pareja		1 (2.7)
Viuda		4 (10.8)
Separada/Divorciada		3 (8.1)
Nivel educativo		
Primaria	37	7 (18.9)
Secundaria		13 (35.1)
Bachillerato/técnico		15 (40.5)
Licenciatura		1 (2.7)
Sin estudios		1 (2.7)
Nivel socioeconomico		
Bajo	36	4 (11.1)
Medio-Bajo		15 (41.7)
Medio		16 (44.4)
Alto		1 (2.8)
Vive con		
Familia nuclear	37	15 (40.5)
Hijos		9 (24.3)
Pareja		6 (16.2)
Padres		2 (5.4)
Familia compuesta (3 o más de los anteriores)		5 (13.5)
Depende económicamente de		
Ella misma	37	13 (35.1)
Pareja		20 (54.1)
Hijos		4 (10.8)
Etapa		
0	37	1 (2.7)
I		6 (16.2)
II		17 (45.9)
III		13 (35.1)
Tipo de cancer		
Carcinoma ductal infiltrante	37	22 (59.5)
Carcinoma lobulillar infiltrante		6 (16.2)
Carcinoma ductal invasivo		2 (5.4)
Adenocarcinoma infiltrante		2 (5.4)
Papiloma intraductal		1 (2.7)
Carcinoma lobulillar invasivo		1 (2.7)
Carcinoma in situ		1 (2.7)
Carcinoma nucinoso puro		1 (2.7)
Varios		1 (2.7)
Tipo de tratamiento		
Quimioterapia neoadyuvante	38	12 (31.6)
Quimioterapia adyuvante		26 (68.4)
Cirugía Conservadora		9 (23.7)
Mastectomía Radical Modificada (MRM)		29 (74.4)
Radioterapia		28 (73.7)
Hormonoterapia		29 (76.3)
Presencia de comorbilidades	38	16 (42.1)
Bebe alcohol de forma regular (diario o fines de semana)	37	2 (5.4)
Fuma	37	5 (13.5)
Realiza actividad física	37	16 (43.2)
Antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico	38	8 (21.1)

Escenario

Dos salas de juntas que se utilizaron como consultorios del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico Nacional “La Raza”. Dichos escenarios cuentan con suficiente iluminación y ventilación, así como con mesa y sillas para llevar a cabo la intervención.

Variables de Estudio

Variable Dependiente.

Sintomatología depresiva.

Definición conceptual.

Según los criterios utilizados para el desarrollo de la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la sintomatología depresiva incluye la presencia de un conjunto de factores tales como humor deprimido, sentimientos de culpa o desprecio, desesperanza e indefensión, retraso psicomotor, pérdida de apetito y alteraciones en el sueño (Radloff, 1977).

Definición operacional.

Obtención de 16 o más puntos en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; véase descripción de instrumentos).

Variable Independiente.

Intervención con Reestructuración Cognitiva.

Descripción de la Intervención.

La intervención estuvo basada en un manual para terapeuta y paciente (creados por Muñoz, Ghosh, Rao, Le & Valdes, 2000) que se utilizaban cada sesión. Los terapeutas fueron cinco estudiantes de maestría en psicología que cuentan con experiencia en el abordaje psicológico de personas con cáncer en el ámbito hospitalario y que recibieron entrenamiento previo para el uso del manual. Dicho entrenamiento consistió en sesiones grupales entre los terapeutas y un supervisor, donde se revisaba el contenido del manual con ejemplos y se resolvían dudas. Además, para garantizar la fidelidad del tratamiento, las sesiones de intervención fueron grabadas con previa autorización de las participantes.

La intervención consta de cuatro sesiones tomadas del módulo “Pensamientos y su estado de ánimo” de la versión en español del manual Community Partners in Care (Compañeros Comunitarios en la Salud) que Miranda et al., (2006) adaptaron de la versión original de Muñoz et al. (2000).

En cada una de las sesiones se exhorta al participante a registrar día con día su estado de ánimo mediante el termómetro del estado de ánimo que se incluye en el manual; además, al inicio de las mismas se revisaban los registros y el resumen de lo tratado en la sesión previa.

-Sesión 1: se felicita al paciente por acudir al tratamiento y se explican las reglas del mismo. Se describen las características de la etapa de supervivencia y la depresión, el modelo cognitivo conductual y cómo es que éste último entiende la depresión; esto mientras se invita al participante a reflexionar y compartir su experiencia particular. Finalmente, se describe la

conexión entre pensamientos y el estado de ánimo, y se asigna una tarea de registro de pensamientos.

-Sesión 2: se instruye al paciente acerca de cómo identificar pensamientos dañinos (distorsiones cognitivas) y útiles, y se asigna la tarea de continuar con el registro de dichos pensamientos.

-Sesión 3: se enseñan técnicas para contradecir los pensamientos dañinos, tales como examinar las pruebas que hay a favor o en contra de tales cogniciones y buscar pensamientos alternativos. En este caso, se pretende que el participante identifique, revise y cambie las distorsiones cognitivas que impactan en el estado de ánimo depresivo. Al finalizar, se asigna la tarea de llevar a la práctica lo revisado en la sesión a través de un registro de modificación de pensamientos.

-Sesión 4: se muestra al paciente cómo aumentar los pensamientos útiles a través del balance de sus ideas, de la contradicción a sus pensamientos dañinos y de la asignación de un tiempo de preocupación. Finalmente, se realiza un repaso de las cuatro sesiones y se refuerza el uso de las técnicas descritas a lo largo del módulo.

Es preciso señalar, que la presente investigación forma parte de otra más extensa que incluye un módulo de activación conductual (“Actividades y su estado de ánimo”), administrado posteriormente a las cuatro sesiones que a continuación se describen.

Instrumentos

- *Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)*: es una escala que evalúa factores de riesgo asociados con la depresión. Consta de 20 reactivos divididos en cuatro

factores (afecto depresivo, afecto positivo, interpersonal y actividad disminuida). El puntaje total va de 0 a 60 puntos, con un punto de corte de ≥ 16 (el cual se utilizó como referencia para seleccionar a las candidatas a intervención). Tiene una consistencia interna de 0.92. Fue validada en México y mostró una elevada correlación reactivo-reactivo (de 0.51 a 0.91), y una elevada correlación reactivo-escala (de 0.40 a 0.65). Se realizó una correlación con Escala de Autoestima de Coopersmith y SCL-90, obteniéndose una correlación significativa del factor I (Salgado-De Snyder y Maldonado, 1994) (Anexo 1).

- *Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)*: Esta escala fue utilizada como prueba de tamizaje para evaluar disfunciones cognitivas y de este modo, determinar si la participante presentaba uno de los criterios de exclusión. El test consta de ocho secciones que examinan habilidades de atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades viso-constructivas, cálculo y orientación. Cada sección se evalúa por medio de puntos que varían de 1 a 6, el puntaje máximo es de 30 puntos, el punto de corte es de 26 puntos. Su tiempo de aplicación: 5 a 10 minutos. Cuenta con un alpha de Cronbach: 0.71. Fue validada en México por validez de concurrencia, entre el MoCA y el Examen Cognoscitivo Breve (por sus siglas en inglés, MMSE; correlación de -0.62) y con la subescala cognitiva de Síntomas Positivos y Negativos PANSS (correlación de -0.55) (Rodríguez-Bores, R., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Oroco, R., y Fresán, A., 2014) (Anexo 2).

Diseño de Investigación

El presente estudio está basado en un diseño pre experimental prospectivo. Tal diseño fue seleccionado ya que se buscaba probar el efecto de la reestructuración cognitiva sobre la variable

de sintomatología depresiva en un solo grupo de estudio, con diversas mediciones en el tiempo (Campbell y Stanley, 1966). Se recolectaron datos en cuatro momentos diferentes (al momento del reclutamiento T1, antes de la intervención, T2; en la sesión tres, T3; y al finalizar las cuatro sesiones de las que constaba toda la intervención, T4). Esto tuvo una duración aproximada de cinco meses, desde el reclutamiento hasta el fin de la intervención (T4).

Procedimiento

Con la finalidad de reclutar a las participantes, las pacientes eran referidas por el médico tratante o contactadas vía telefónica al ser dadas de alta del tratamiento médico. En ese momento se aplicaba el CES-D (T1) y MoCA para determinar si las entrevistadas eran candidatas a ingresar al estudio. Dicho procedimiento se llevaba a cabo en la sala de espera del servicio de consulta externa de oncología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del CMN “La Raza”. Si obtenían un puntaje ≥ 16 en el CES-D, se realizaba una entrevista estructurada (Véase Anexo 3) para detectar si cumplían con los demás criterios de inclusión. En caso de cubrir dichos criterios, se les invitaba a participar y de aceptar, firmaban el consentimiento informado. Este proceso fue llevado a cabo por evaluadores previamente seleccionados y capacitados, quienes eran estudiantes de la licenciatura en psicología.

En dicha etapa se aceptaron 40 participantes que cubrieron todos los criterios de inclusión, pero solo 39 firmaron el consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento informado, cada participante fue asignada con un terapeuta, quien tenía que contactar a las participantes para citarlas y acordar el horario en que se llevarían a cabo las sesiones. Las sesiones se realizaban en alguna de las salas del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del CMN “La Raza”. Para dar inicio con la intervención, la cual fue individual

y presencial, previo al inicio de la primera sesión, cada terapeuta realizó una nueva aplicación del CES-D (T2) a cada una de sus pacientes.

Concluido este paso, se llevaron a cabo las cuatro sesiones correspondientes a la reestructuración cognitiva. Al inicio de la sesión tres, el terapeuta aplicaba el CES-D a sus pacientes de forma individual (T3). Al finalizar la cuarta sesión, los evaluadores citaban a las participantes para aplicaban nuevamente el CES-D (T4) y dar por terminadas las sesiones de reestructuración cognitiva (Véase la Figura 1 para conocer el flujo de participantes a lo largo del estudio).

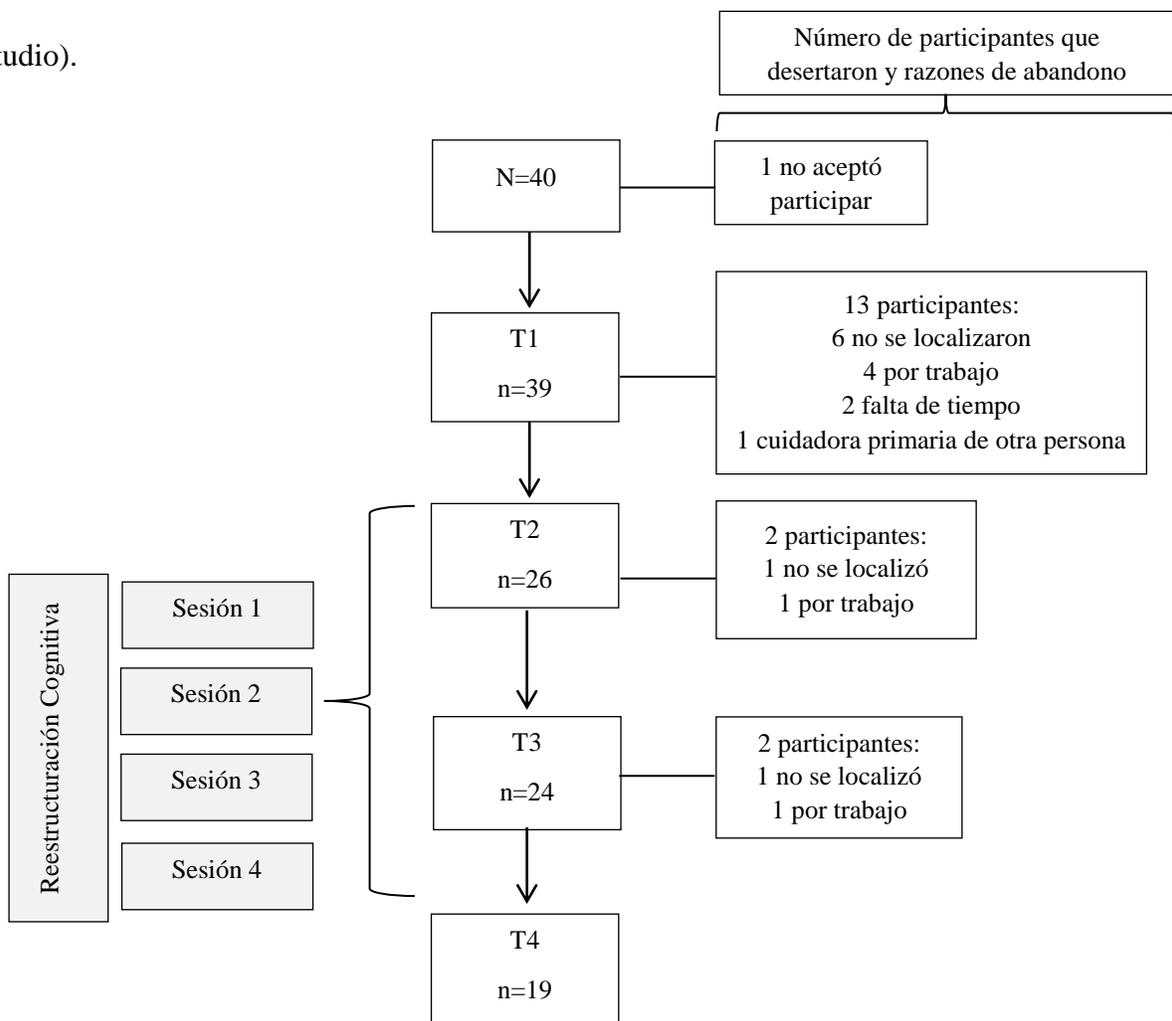


Figura 1. Representa el flujo de participantes a través de la intervención y las sesiones llevadas a cabo.

Análisis Estadísticos

En el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se usó la media aritmética y las desviaciones estándar. Dado que se trata de un diseño de un solo grupo con más de dos mediciones en el tiempo, además de que el nivel de medición de los datos es de intervalo, y se verificó el supuesto de la normalidad de los residuos usando el criterio de forma (asimetría y curtosis) y la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk; se asume que se cumplen los supuestos para poder aplicar la prueba ANOVA de medidas repetidas de una sola vía. Esta prueba permite comparar las mediciones tomadas de un mismo grupo de personas en más de dos momentos a través del tiempo; además, al tratarse de una sola vía se habla de que se está midiendo la misma variable (Briones, 2003; Castilla, 2011). En el caso del presente estudio, se utilizó para comparar los momentos de medición T1, T2, T3 y T4 en el grupo de sobrevivientes.

Se verificó el supuesto de esfericidad para la prueba de ANOVA, y una vez que el ANOVA fue significativa se realizó el análisis post hoc con el método Sidak para detectar la diferencia de medias entre los tiempos. El nivel de significación para los análisis fue de $p < 0.05$.

Se calculó además el tamaño del efecto a partir de la tabla dada por el ANOVA, por medio del cálculo del Eta cuadrado. Dicho procedimiento es realizado para medir el porcentaje de variabilidad de una variable de respuesta explicado por la variable independiente capacidad de cierta variable para poder explicar un resultado cuando otras variables son manipuladas (en este caso la intervención). Se considera un tamaño del efecto bajo cuando el Eta es ≤ 0.04 , medio entre más de 0.04 y ≤ 0.36 y fuerte > 0.36 (Molina y Rodrigo, 2014).

Dichos análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23.

Resultados

Los estadísticos descriptivos mostraron que la media de la sintomatología depresiva medida por el CES-D al momento del reclutamiento (T1) fue de 29.26 con una desviación estándar (DE) de 10.138. Estas puntuaciones se fueron reduciendo a medida que transcurría la intervención y los datos eran recolectados, siendo la última puntuación (post test T4) promedio de 18.32 con una DE=11.358. Asimismo, no sólo las medias y desviaciones estándar se modificaron, sino también el número de pacientes en cada una de las mediciones, comenzando con N=39 y finalizando con N=19 (véase sección de limitaciones). Dentro de la Tabla 2 se muestran las medias, las desviaciones estándares y número de participantes evaluadas por cada una de las mediciones de la sintomatología depresiva a través del CES-D.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos del CES-D por tiempo de evaluación

Variable	T1 Media (DE) N=39	T2 Media (DE) N=26	T3 Media (DE) N=24	T4 Media (DE) N=19
CES-D	29.26 (10.138)	29.23 (12.314)	22.62 (10.516)	18.32 (11.358)

Nota: Medias y desviaciones estándar obtenidas a partir de las puntuaciones de las participantes en el CES-D en cada uno de los tiempos de evaluación. DE: Desviación Estándar.

En el análisis llevado a cabo con el ANOVA de medidas repetidas, los resultados revelan un efecto estadísticamente significativo del tiempo sobre la sintomatología depresiva ($F=8.176$, $p=0.001$) (Véase la tabla 3). Además, se observó un tamaño del efecto alto ($\eta^2=0.547$), lo cual sugiere que un 54.7% de la varianza de los datos obtenidos se explica por el efecto del tratamiento. La potencia estadística para la prueba es de 0.918.

Tabla 3.

Resultados del ANOVA de medidas repetidas para el CES-D

Variable		Tiempo	
CES-D	F	gl*	Valor de p
	8.176	3	0.001

Nota: *gl: grados de libertad.

Al realizar las comparaciones post hoc, los datos indican que no existen diferencias significativas entre la evaluación inicial (T1) y la llevada a cabo justo antes del inicio de la intervención (T2) ($p=1.000$); así como de T1 a T3 ($p=0.176$), T2 a T3 ($p=0.138$) y T3 a T4 ($p=0.701$). A pesar de que no hay diferencias entre los puntos del tiempo anteriores, se observa que los puntajes se reducen a medida que la intervención se llevaba a cabo, encontrándose una diferencia significativa de 11.497 entre T1 y T4 ($p=0.004$) y una de 11.789 entre el T2 y el T4 ($p=0.003$); por lo cual, se asume una reducción significativa de la variable dependiente entre dichos puntos del tiempo. Las diferencias entre cada una de las mediciones se muestran detalladamente en la Tabla 4.

Tabla 4

Análisis post hoc del ANOVA de medidas repetidas de la variable CES-D

Variable	Tiempo (I)	Tiempo (J)	Diferencia de Medias	IC* de la diferencia de las medias al 95%		Valor de P
				LI	LS	
CES-D	T1	T2	0.158	-6.113	6.429	1.000
		T3	7.474	-2.006	16.954	.176
		T4	11.497	3.250	20.645	.004
	T2	T3	7.316	-1.480	16.111	.138
		T4	11.789	3.693	19.886	.003
	T3	T4	4.474	-5.052	13.999	.701

Nota: *IC: Intervalo de confianza.

En este sentido, en la Figura 2 es posible observar un comportamiento lineal descendente del CES-D en las medidas recolectadas a través de las diferentes evaluaciones.

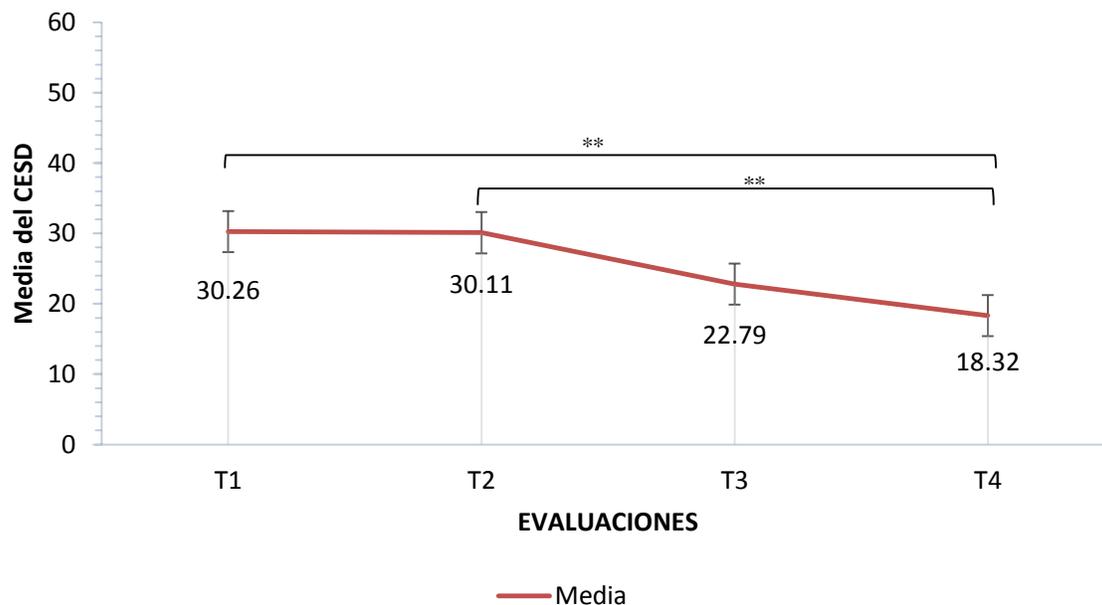


Figura 2. Media de las puntuaciones del CES-D a través del tiempo. Nota: **: Donde la diferencia de medias fue significativa ($p < 0.005$).

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo principal evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva sobre la sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama.

Los datos indican una mejoría estadísticamente significativa sobre la sintomatología depresiva de T1 y T2 con respecto a T4, lo que permite asumir que la reestructuración cognitiva redujo significativamente síntomas de depresión en esta muestra de sobrevivientes de cáncer de mama. Estos resultados son consistentes con la literatura donde se menciona que la reestructuración cognitiva genera cambios en la reducción de síntomas depresivos a través de la identificación y modificación de creencias, esquemas o imágenes desadaptativas que sustentan el malestar emocional, y que pueden hacer referencia a la persona misma, al mundo que los rodea (o en este caso a la enfermedad y sus consecuencias) o a su futuro (percibiendo éste como amenazante y sin posibilidad de mejora) (Arnkoff, 1986; Bados y García, 2010; Beck et al., 1983; Gabalda, 2009; Garratt, Ingram, Rand & Sawalani, 2007; Larsson, Hooper, Osborne, Bennett, & McHugh, 2015; Pérez y García, 2001; Smits, Minhajuddin, & Jarrett, 2009).

En poblaciones oncológicas (bajo tratamiento médico, en etapa de supervivencia o en etapa terminal), estudios como el de Marchioro et al. (1996) entre otros, han encontrado que la depresión disminuye al emplear técnicas de terapia cognitiva (Greer, 1992; Lévesque, Savard, Simard, Gauthier & Ivers, 2003; Savard et al., 2006). Y en este sentido, la presente investigación presenta resultados similares al estudio llevado a cabo por Asuzu, Akin-odanye & Philip (2016); quienes también encontraron una reducción significativa de síntomas depresivos, a través de una intervención de siete sesiones de reestructuración cognitiva (solo una sesión de relajación), en 17 mujeres con cáncer de mama y cervical. Sus conclusiones además encajan en el sentido del tipo de población que incluyeron, ya que se trata de mujeres que viven en contextos socioculturales

rezagados, los cuales fomentan creencias muchas veces distorsionadas respecto a la enfermedad y a los tratamientos médicos. Esto hace a la reestructuración cognitiva una técnica de intervención breve, delimitada y ajustada a las necesidades peculiares de cada participante, y que impacta además, en aquellos factores que son cruciales para la disminución del malestar emocional.

En población general, también han sido encontrados hallazgos similares, ya que al hacer uso de técnicas cognitivas se ha observado disminución de la sintomatología depresiva de forma significativa (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998; Hollon et al., 1992; Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977; Simons, Murphy, Levine & Wetzel, 1986). Tales resultados pueden deberse a que la reestructuración cognitiva favorece la disminución de la depresión a través de la modificación de las percepciones erróneas y disfuncionales que surgen a partir de situaciones estresantes o de esquemas cognitivos previamente formados. Esto es cierto para cualquier persona, sea alguien que ha padecido una enfermedad como es el cáncer de mama, o alguien que nunca ha atravesado por una enfermedad médica, pero que también ha vivido dificultades y conflictos personales; ya que como Beck et al. (1983) señalan, la depresión puede desatarse a partir de un sistema de creencias desadaptativo respecto a sí mismo, al mundo exterior y al futuro, así como la vivencia de eventos estresantes. Y en el caso particular de quienes son diagnosticados con cáncer, pasar a la etapa de supervivencia y estar en riesgo de recurrencia, así como vivir con las consecuencias contextuales que este problema de salud acarrea, propicia el surgimiento de síntomas depresivos. Además, es preciso recordar que las creencias disfuncionales respecto al cáncer tienen gran influencia en la evolución de síntomas emocionales (Desautels et al., 2017). Por ello, la técnica de reestructuración cognitiva genera los cambios en los síntomas como los mencionados en este y otros estudios con población general y oncológica.

En contraste con el presente estudio en el cual se evaluó el efecto sólo de la reestructuración cognitiva, se ha visto que la mayoría de las investigaciones que se realizan en pacientes en tratamiento médico activo o supervivientes de cáncer, se combinan diversos componentes de intervención para tratar la sintomatología depresiva, por lo que no es posible asegurar con certeza cuál es el efecto de la reestructuración cognitiva sobre la depresión ya que intervienen otras variables de tratamiento (Greer, 1992; Lévesque et al., 2003; Savard et al., 2006). En otro orden de ideas, con el presente trabajo se pudo identificar que muchas de las preocupaciones principales de las participantes se relacionaban con problemas familiares, de pareja o económicos, más que con el cáncer en sí o las condiciones de salud, como lo indican los estudios con poblaciones de supervivientes latinas (Napoles et al., 2017). Estas preocupaciones no relacionadas con la enfermedad pueden estar determinadas por las características socioculturales de las participantes, tal y como lo indican Asuzu y colaboradores (2016). Esto quiere decir que las pacientes aquí analizadas son mujeres en su mayoría casadas, que viven con su pareja e hijos, con un nivel de educación que llega al bachillerato, que dependen económicamente de su esposo y cuyos ingresos las hacen posicionarse en un nivel socioeconómico que va de medio-bajo a medio. Lo anterior habla de una serie de dificultades socioculturales peculiares a las que las participantes están expuestas continuamente, y que difieren de las muestras presentadas en estudios de otros países; los cuales producen una gran cantidad de literatura crucial para el beneficio de los pacientes oncológicos, pero que son puestos a prueba bajo algunas condiciones ambientales diferentes.

Al respecto de dichas observaciones, estudios como el de Lechner et al. (2014) apuntan a que el nivel socioeconómico media el tipo de preocupaciones que giran en torno a la vida de las pacientes, y señala que poblaciones cuyo estatus se encuentra en un nivel bajo, el sentido de

bienestar se dirige más hacia otros aspectos de la vida que hacia la enfermedad en sí misma. Por otro lado, se ha aludido a que estas poblaciones manifiestan una alta presencia de temor a la recurrencia, síntomas emocionales, carencias en la atención y oferta de seguimiento respecto al tratamiento médico; situaciones que también fueron detectadas en las participantes de la presente tesis, y que probablemente se deban al estrés que su contexto sociocultural y situacional propician (Lopez-Class, Gomez-Duarte, Graves, & Ashing-Giwa, 2012; Napoles et al., 2017).

En este sentido, los datos identificados en esta muestra y descritos en párrafos anteriores, pueden deberse a las dificultades socioeconómicas de las pacientes, pero también a las necesidades no atendidas dentro del sistema de salud en nuestro país, ya que existen rezagos desde el diagnóstico hasta la etapa libre de enfermedad. En primer lugar, se da un diagnóstico tardío, el cual involucra altos costos no solo para los servicios de salud sino también para las pacientes y sus familiares. Asimismo, algunas mujeres no cuentan con cobertura total del tratamiento, lo que implica gastos y mayores preocupaciones por la economía familiar. Por otro lado, se ha observado que el 44% de las mujeres que inician tratamiento para el cáncer de mama tienen carencias en la atención que se les brinda, y aquellas que presentan sintomatología depresiva tienen más necesidades no cubiertas en el aspecto psicológico, físico, en sus actividades rutinarias y en el apoyo social (Knaul et al., 2008; Mohar, Bargalló, Ramírez, Lara y Beltrán-Ortega, 2009; Pérez-Fortis, Fleer, Sánchez-Sosa, Veloz-Martínez & Alanís-López, 2017). Esto conlleva a concluir que las pacientes mexicanas supervivientes de cáncer de mama lidian con la enfermedad bajo un contexto sociocultural y socioeconómico diferente, y por ende, sus necesidades difieren a las de las pacientes estudiadas en la literatura internacional.

Asimismo, resulta evidente que varias de las quejas de las pacientes, como lo sugiere la literatura, se agravan debido a las secuelas de la enfermedad y de los procedimientos médicos;

siendo que las pacientes se ven constantemente expuestas a circunstancias estresantes como problemas económicos, el cuidado de los hijos y del hogar, dificultades laborales y de pareja o sentimientos de abandono (De Ridder, Geenen, Kuijer & Middendrop, 2008; Yi & Syrjala, 2017). Estas situaciones incluían, principalmente conflictos con la pareja o con la familia, pérdida o enfermedad de algún familiar y preocupaciones por la salud.

De acuerdo con estos informes, es importante recordar que son los eventos estresantes los que pueden disparar la emersión del malestar emocional, y por ende, el surgimiento relativamente sencillo de sintomatología depresiva; esto es particularmente evidente en personas con antecedentes de este tipo de sintomatología, ya que, al presentarse un suceso estresante, el esquema desadaptativo se activa y es entonces que se pueden surgir recaídas (Beck et al., 1983).

A pesar de los hallazgos encontrados en este estudio, se sugiere que para estudios posteriores se tomen en consideración algunos de los aspectos a mejorar en el presente trabajo. En primer lugar, al tratarse de un diseño pre experimental, debido a las condiciones prácticas de esta investigación y al ser esta una primera aproximación al estudio de la reestructuración cognitiva en este tipo de población, no existió grupo control; lo que representa una limitación importante ya que la existencia de una sola condición empírica dificulta el control de otras variables que pudieran mediar los resultados de la variable dependiente, como el transcurso del tiempo, el tipo de técnica, las características propias de la población o la motivación a permanecer o no en la intervención (Campbell y Stanley, 1966). Por ello, es recomendable agregar un grupo control bajo otras condiciones experimentales como diferentes técnicas de intervención, además de la reestructuración cognitiva, para contrastar los resultados.

En segundo lugar, a pesar de brindar apoyo monetario a quienes no podían solventar el traslado al hospital, el tamaño de la muestra fue reduciéndose al transcurrir las sesiones, en un

porcentaje mayor al 20% recomendado por parámetros internacionales, lo cual amenaza la validez interna (García-García, Reding-Bernal y López-Alvarenga, 2013); ya que es posible que aquellas participantes que se mantuvieron en intervención lo hicieran porque se encontraban más motivadas y dispuestas a mejorar, variables que influirían en la efectividad de la intervención. Por otro lado, se desconoce si las pacientes que desertaron presentaron mejoría o no, con lo que no se tiene un punto de comparación exacto con respecto a las que continuaron con el tratamiento, y esto en suma, hace pensar que es posible que otras variables hayan influido en los resultados de la intervención y en la deserción de las pacientes. Por dichas razones, es recomendable aumentar el tamaño de la muestra inicial para evitar pérdidas significativas en número, así como añadir métodos más sólidos de seguimiento como incentivos para todas las participantes (Campbell y Stanley, 1966).

Cabe mencionar, que esta deserción, según reportes de los terapeutas se debió principalmente a que ellas no contaban con los recursos económicos para pagar los traslados, vivían muy lejos, tenían a su cuidado a otros familiares o su situación de salud les impedía moverse con facilidad. Lo cual nos lleva a la necesidad de diseñar intervenciones breves que sean igualmente efectivas que aquellas que engloban varios componentes, con el fin de beneficiar en mayor medida a las personas que sostienen dichas vicisitudes y que hacen uso de sistemas de salud tan demandados como son los de nuestro país.

En tercer lugar, se sugiere que además de emplear medidas de auto reporte, se recolecten datos con otros instrumentos de medición o de registro, así como de otras variables que pudieran estar relacionadas con la sintomatología depresiva como la ansiedad, con el fin de contemplar los efectos que una sola intervención tiene sobre otras variables independientes (McGuigan, 1996). Del mismo modo, el uso de medidas de auto reporte representa una debilidad debido a que se ha

descrito que este tipo de instrumentos tienden a describir las percepciones que las personas tienen sobre su propio comportamiento y no su comportamiento como tal; con lo cual se pueden hacer inferencias respecto a lo que el paciente espera de sí mismo o de lo que considera que el investigador espera, y no respecto a los cambios en la conducta que es objeto de estudio. A pesar de ello, también es cierto que estas medidas dan una visión muy cercana del fenómeno que se pretende medir (Weinstein, 2007).

En cuarto lugar, habría que considerar llevar a cabo mediciones de seguimiento, que comprueben que la reestructuración cognitiva efectivamente mantiene sus beneficios a largo plazo, con el fin de observar el grado de estabilidad emocional lograda en las participantes y determinar si es necesaria alguna intervención complementaria. Lo cual ampliaría la revisión y análisis de los resultados obtenidos a partir de la intervención llevada a cabo en esta población de supervivientes.

A pesar de estas limitaciones, algunas medidas fueron tomadas para fortalecer el diseño y calidad de los hallazgos, como el uso de un manual previamente probado en población con depresión y adaptado a la lengua española, el entrenamiento de los terapeutas y el apoyo económico otorgado a quienes no contaban con suficientes recursos monetarios para acudir al hospital. Aunado a esto, el instrumento de medida (CES-D) ha sido adaptado y validado en población mexicana, demostrando tener una adecuada consistencia interna, y es uno de los más citados en la literatura internacional. Además, se recolectaron datos en diversos momentos de la intervención, esto con el fin de evaluar contrastar los resultados de cada medición de manera más confiable.

Asimismo, en la actualidad las variables de estudio aquí evaluadas pocas veces han sido puestas a prueba de la forma en la que se pretendió en la presente investigación, ya que como se

mencionaba en párrafos anteriores, la reestructuración cognitiva se mide como parte de intervenciones compuestas y no en su forma individual, no obstante que ha sido indicada como uno de los tratamientos de primera elección para la sintomatología depresiva. Aunado a esto, la población a la que fue dirigida ha sido poco estudiada, sobre todo en México, a pesar de que presenta necesidades particulares.

Finalmente, otras fortalezas comprenden la delimitación de criterios de inclusión y exclusión, dentro de los cuales se incluye un punto de corte para determinar la presencia de sintomatología depresiva; de igual manera, el análisis estadístico de los datos a través del ANOVA de medidas repetidas fue adecuado de acuerdo a los objetivos del estudio y a su diseño, pues no solo permitió conocer el nivel de significancia sino que también demostró una fuerte potencia estadística y un tamaño del efecto alto, lo que resalta la relevancia de los resultados a un nivel generalizable (a pesar de que el tamaño de la muestra fue pequeño) y también al nivel de la práctica clínica individual. Todo esto favorece el fortalecimiento de la presente investigación más allá de sus limitaciones.

Del mismo modo, cabe destacar que si bien es cierto que el uso de intervenciones compuestas genera mayores cambios que aquellas que solo contienen un componente de intervención, puesto que brindan al paciente diversas vías de afrontamiento (Fawzy, 1999); también resulta valioso centrarse en poner a prueba cada uno de los componentes, para asumir o descartar las técnicas que pueden ser empleadas en poblaciones específicas. En este sentido, es preciso recordar que uno de los ejes centrales de la terapia cognitivo conductual es la reestructuración cognitiva pero poco ha sido el énfasis que se le ha concedido en el diseño de este tipo de tratamientos (Cuijpers et al., 2016), y por ende, las conclusiones aquí mencionadas precisan abrir camino hacia futuras investigaciones que corran en esa dirección.

Aunado a lo anterior, de los resultados referidos, se consolida la importancia de retomar la reestructuración cognitiva como pieza angular del tratamiento cognitivo y continuar su estudio, puesto que las revisiones más recientes al respecto datan de hace más de una década, y además muestran resultados inconclusos (Garratt & Ingram, 2007).

En este sentido, es especialmente importante ampliar la literatura que especifique las ideas y preocupaciones determinadas de las sobrevivientes de cáncer de mama en México, para así contar con evidencia sólida que fundamente futuras investigaciones para la terapia cognitiva.

Por último, es preciso recordar que mantener sintomatología depresiva en sobrevivientes de cáncer de mama influye en el padecimiento de otros problemas de salud y en la calidad de vida; por ejemplo, la poca adherencia a los regímenes médicos, agravamiento de los síntomas físicos, ideación suicida o de hacerse daño, etcétera (Aguado Loi et al., 2013; Campbell-Enns & Woodgate, 2015; Ornelas-Mejorada et al., 2011; Walker et al., 2008). Por tal motivo, es fundamental estudiar la variable depresión como objetivo principal de las intervenciones realizadas en supervivientes.

Siendo así, los hallazgos aquí descritos forman parte de un primer acercamiento hacia ese camino, pues el programa mostró ser robusto y con efectos positivos; lo cual permite concluir que el empleo de la reestructuración cognitiva como única técnica de intervención puede ser altamente efectiva en este sector de pacientes que han concluido el tratamiento médico para el cáncer de mama.

Referencias

- Aguado Loi, C. X., Baldwin, J. A., McDermott, R. J., McMillan, S., Martinez Tyson, D., Yampolskaya, S., & Vandeweerd, C. (2013). Risk factors associated with increased depressive symptoms among Latinas diagnosed with breast cancer within 5 years of survivorship. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2779–2788. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3357>
- American Cancer Society. (2015). *Cancer Basics*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>
- American Cancer Society. (2015). *Signs and Symptoms of Cancer*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>
- American Cancer Society. (2016). Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 43-73.
- American Cancer Society. (2018). *Treating Breast Cancer*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html>
- American Cancer Society. (2017). *Living as a Breast Cancer Survivor*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/living-as-a-breast-cancer-survivor.html>
- American Cancer Society. (2017). *What is breast cancer?*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
- American Joint Committee on Cancer (AJCC). (2018). *Cancer Staging System*. Recuperado de <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>

- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2013). *What is Survivorship?*. Recuperado de <https://www.cancer.net/survivorship/what-survivorship>
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V., y Villarreal, P. (2011). Onco Guía. *Cancerología*, 6, 77-86.
- Arnkoff, D. B. (1986). A comparison of the coping and restructuring components of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy and Research*, 10(2), 147–158. doi <https://doi.org/10.1007/BF01173721>
- Asuzu, C. C., Akin-odanye, E. O., & Philip, E. J. (2016). The effect of pilot cognitive restructuring therapy intervention on depression in female cancer patients, *Psycho-Oncology*, 25, 732–736.
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower, S.A. Biasoli, I., Falorio, S., Luminari, S., Spector, N., & Federico, M. (2012). Fertility in female survivors of Hodgkin's lymphoma. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 34, 1, 48-53. doi: 10.5581/1516-8484.20120014
- Bodai, B., & Tusso, P. (2015). Breast Cancer Survivorship: A Comprehensive Review of Long-Term Medical Issues and Lifestyle Recommendations. *The Permanent Journal*, 19(2), 48-79.
- Boyes, A. W., Girgis, A., D'Este, C. A., Zucca, A. C., Lecathelinais, C., & Carey, M. L. (2013). Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the

- first year after a cancer diagnosis: A population-based longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(21), 2724–2729. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.7540>
- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E. (2017). Improvements in Emotion Regulation Following Mindfulness Meditation : Effects on Depressive Symptoms and Perceived Stress in Younger Breast Cancer Survivors Improvements in Emotion Regulation Following Mindful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(4), 397–402.
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3>. www.cochranelibrary.com
- Braña, B., Carrera, M., De La Villa, M., Vegas, E., Avanzas, S., y Gracia, M.T. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2); 65-75.
- Breastcancer.org. (2017). *Depression*. Recuperado de http://www.breastcancer.org/treatment/side_effects/depression
- Briones, G. (2003). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
- Brothers, B. M., Yang, H.-C., Strunk, D. R., & Andersen, B. L. (2011). Cancer patients with major depressive disorder: Testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 253–260. doi: <https://doi.org/10.1037/a0022566>

- Bueno-Robles, L.S., y Soto-Lesmes, V.L. (2015). Salud sexual y alteraciones emocionales en mujeres colombianas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 2-3 (12), 405-416. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51018
- Campbell, D.T., y Stanley, J.C. (1966). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Campbell-Enns, H., & Woodgate, R.N. (2015). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(1). 112 – 121.
- Castilla, L. (2011). *Manual práctico de estadística para las ciencias de la salud*. México: Trillas.
- Cheng, K. K. F., Lim, Y. T. E., Koh, Z. M., & Tam, W. W. S. (2017). Home based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), 8–11. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011152.pub2>
- Cohee, A. A., Stump, T., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., ... Champion, V. L. (2016). Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 25(8), 1991–1997. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1241-6>
- Crits-christoph, P., Gallop, R., Diehl, C. K., Yin, S., Beth, M., & Gibbons, C. (2017). Mechanisms of Change in Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder in the Community Mental Health Setting. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 85(6), 550–561.

- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry, 15*(3), 245- 258. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behaviora therapy*. Houston, EUA: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC.
- Daniels, S. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Patients With Cancer. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, 6*, 54-56.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Middendrop, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet, 372*, 246-255.
- Desautels, C., Trudel-Fitzgerald, C., Ruel, S., Ivers, H., & Savard, J. (2017). Do Cancer-Related Beliefs Influence the Severity, Incidence, and Persistence of Psychological Symptoms?. *Cancer Nursing, 40*(4), E50–E58. doi: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000412>
- Die, M. (2015). Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *Arbor, 191* (773), a240. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ arbor.2015.773n3010>
- Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6). doi: 1078–1088. <https://doi.org/10.1037/a0016886>
- Duijts, S. F. A., Faber, M. M., Oldenburg, H. S. A., & Beurden, M. V. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-

- related quality of life in breast cancer patients and survivors - a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 126, 115–126. doi: 10.1002/pon.1728
- Fagundes, C., LeRoy, A., y Karuga, M. (2015). Behavioral Symptoms after Breast Cancer Treatment: A Biobehavioral Approach. *Journal of Personalized Medicine*, 5, 280-295.
- Fava, P.G., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fawzy, F. I. (1999). Original Paper Psychosocial Interventions for Patients with Cancer: What Works and What Doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27(2), 278-291.
- Flores-Luna, Lourdes, Salazar-Martínez, Eduardo, Duarte-Torres, Reyna Margarita, Torres-Mejía, Gabriela, Alonso-Ruiz, Patricia, & Lazcano-Ponce, Eduardo. (2008). Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública de México*, 50(2), 119-125. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200005&lng=es&tlng=es.
- Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 1 (6), 27-42.
- Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia De Las Intervenciones Psicológicas En Mujeres Con Cáncer De Mama. *Psicooncología*, 4(2–3), 423–446. doi: <https://doi.org/>-

Gabalda, I.C. (2009). *Manual teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

García-García, J.A., Reding-Bernal, A., y López-Alvarenga, J.C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 217-224.

Garratt, G., Ingram, R.E., Rand, K.L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive Processes in Cognitive Therapy: Evaluation of the Mechanisms of Change in the Treatment of Depression. *American Psychological Association*. 224-239.

Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300–311. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>

Global Cancer Observatory, International Agency of Research in Cancer (GLOBOCAN) (2012). *Estimated number of incident cases, both sexes worldwide (top 10 cancer sites) in 2012*. Obtenido en junio de 2017 de http://gco.iarc.fr/today/online-analysismultibars?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=0&cance=29&type=0&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, S., y Pérez-Álvarez, M. (2017). Tratamiento de ansiedad y depresión en supervivientes de cáncer: activación conductual versus terapia de aceptación. *Psicothema*, 30(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/727/72754594003/html/index.html>

- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M.J., García-Tejido, P., Pedrosa, I., & Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, *30*, 75-83.
- Gonzalez, P., Lim, J. W., Wang-Letzkus, M., Flores, K. F., Allen, K. M., Castañeda, S. F., & Talavera, G. A. (2015). Breast Cancer Cause Beliefs: Chinese, Korean, and Mexican American Breast Cancer Survivors. *Western Journal of Nursing Research*, *37*(8), 1081–1099. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945914541518>
- Gradishar, W. J., Anderson, B.O., Balassanian, R., Blair, S.L., Burstein, H.J., Cyr, A.,...Patel, S.A. (2017). Breast Cancer Version 4.2017 Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *16*(3), 310-320.
- Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, (36), 71-83.
- Heman, A. (2007). Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual. En N.A. Hernández y J.C. Sánchez. (Ed.). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp. 12-42). Libros en red.
- Henselmans, I., Helgeson, V.S., Seltman, H., Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, *29*(2), 160–168.
- Hernández, F., y Landero, R. (2013) Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica*, *1*(11) 99-104.
- Ho, S.Y., Rohan, K.J., Parent, J., Tager, F.A., & McKinley, P. S. (2015). A longitudinal study of depression, fatigue, and sleep disturbances as a symptom cluster in women with breast

- cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4), 707-715. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.09.009>
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M. & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Hope, D. A., Burns, J. A., Hayes, S. A., Herbert, J. D., & Warner, M. D. (2010). Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34(1), 1–12. doi:
<https://doi.org/10.1007/s10608-007-9147-9>
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in a Medical Care Setting. *Behavior Therapy*, 39, 126–136.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., & Hunt, M. K. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 236–243. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.2.236>
- International Agency for Research on Cancer. (2012). *Cancer fact sheets: breast cancer*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=15&type=0&sex=2>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2018). *Registro de Supervivientes de Cáncer en México*. Recuperado de <https://www.facebook.com/INCANMX/posts/2249249431768591>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Datos nacionales*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Estadísticas de mortalidad. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, sexo y grupo de edad del fallecido, 2016*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). (2018). *Tratamiento del cáncer de seno (mama) (PDQ®) Versión para profesionales de salud*. Recuperado de https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq#link/_1102_toc
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). (2018). *Radioterapia para tratar el cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>
- Irwin, M. R., Olmstead, R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Nicassio, P., Ganz, P.A., & Bower, J.E. (2017). Tai Chi Chih Compared With Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia in Survivors of Breast Cancer: A Randomized, Partially Blinded, Noninferiority Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(23), 2656-2665.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jassim, G. A., Whitford, D. L., Hickey, A., & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008729.pub2>
- Karageorge, A., Murphy, M. J., Newby, J. M., Kirsten, L., Andrews, G., Allison, K., ... Butow, P. (2017). Acceptability of an internet cognitive behavioural therapy program for people

- with early-stage cancer and cancer survivors with depression and/or anxiety: thematic findings from focus groups. *Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2129–2136. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3617-8>
- Kenne Sarenmalm, E., Mårtensson, L. B., Andersson, B. A., Karlsson, P., & Bergh, I. (2017). Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Medicine*, 6(5), 1108–1122. doi: <https://doi.org/10.1002/cam4.1052>
- Kim, S.H., Son, B.H., Hwang, S.Y, Han W., Yang, J.H., Lee, S., & Yun, Y.H. (2008). Fatigue and depression in disease free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 644–655.
- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2008). Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive Health Matters*, 16(32), 113–123. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)32414-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)32414-8)
- Kokavec, A. (2016). Community based psychosocial education can improve mood disturbance in breast cancer survivors at various stages of their recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 730–736. doi: <https://doi.org/10.1017/S1352465816000187>
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L. A., Bennett, P., & McHugh, L. (2015). Using Brief Cognitive Restructuring and Cognitive Defusion Techniques to Cope With Negative Thoughts. *Behavior Modification*, 40(3), 452–482. doi: <https://doi.org/10.1177/0145445515621488>
- Lechner, S. C., Whitehead, N. E., Vargas, S., Annane, D. W., Robertson, B. R., Carver, C. S., ... Antoni, M. H. (2014). Does a Community-Based Stress Management Intervention Affect

- Psychological Adaptation Among Underserved Black Breast Cancer Survivors ?. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (50), 315-322. doi:
<https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgu032>
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., ... Kip, K. E. (2016). Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34(24), 2827–2834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>
- Lepore, S.J., Buzalgo, J.S., Lieberman, M.A., Golant, M., & Davey, A. (2011). Standard versus prosocial online support groups for distressed breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 11, 379.
- Lévesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J. G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: A single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 287–305. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.05.002>
- Lopez-Class, M., Gomez-Duarte, J., Graves, K., & Ashing-Giwa, K. (2012). A contextual approach to understanding breast cancer survivorship among Latinas. *Psycho-Oncology*, 21(2), 115–124. doi: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pon.1998>
- Lozano-Ascencio, R., Gómez-Dantés, H., Lewis, S., Torres-Sánchez, L., y López-Carrillo, L. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Pública en México*, 51, S147-S156.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., ... Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic

breast cancer. *European Journal of Cancer*, 32(9), 1612–1615. doi:

[https://doi.org/10.1016/0959-8049\(96\)00134-7](https://doi.org/10.1016/0959-8049(96)00134-7)

Matsuoka, Y., Nakano, T., Inagaki, M., & Sugawara, Y. (2002). Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: a preliminary study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 76, 117–124.

McGuigan, F. J. (1996). *Psicología Experimental. Enfoque Metodológico*. México: Trillas.

Mcpherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). ABC of Breast Diseases Breast cancer — epidemiology , risk factors , and genetics Risk factors for breast cancer. *BMJ*, 321, 624–628.

Miranda, J., Woo, S., Lagomasino, I., Hepner, K., Wiseman, S., y Muñoz, R. (2006). *Community Partners in Care, Compañeros Comunitarios en Salud*.

Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M.T., Lara, F., y Beltrán-Ortega, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(2), S263-S269.

Molina, J.G., y Rodrigo, M.F. (2014). *Inferencia estadística acerca de la relación entre dos variables (II): El análisis de varianza el (ANOVA)*. Universitat de Valencia.

Montero, A., Hervás, A., Morera, R., Sancho, S., Córdoba, S., Corona, J.A., Rodríguez, I., Chajón, E., y Ramos, A. (2005). Control de síntomas crónicos. Efectos secundarios del tratamiento con radioterapia y quimioterapia. *Oncología*, 8(3), 41-50.

Montesinos, F. (2009). Soporte psicooncológico en cáncer de mama: actualización y tratamientos eficaces. *Revisiones en Cáncer*, 23(3), 118-124.

- Morales-Cruz, J., Bernal, G., y Amaral-Figueroa, M. (2017). Impacto y viabilidad de una intervención con activación conductual mediante actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 116-132.
- Muñoz, R., Gosh Ippen, C., Rao, S., Le, H.N., & Dwyer, E. (2000). *Terapia cognitivo-conductual en grupo para la depresión*. Hospital General de San Francisco, San Francisco, Estados Unidos de Norteamérica.
- Napoles, A. M., Ortiz, C., Santoyo-Olsson, J., Stewart, A., Lee, H., Duron, Y., ... Flores, D. (2017). Posttreatment survivorship care needs of Spanish-speaking Latinas with breast cancer. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 15(1), 20–27. doi: <https://doi.org/10.12788/jcso.0325>
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R., y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo- conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.
- National Cancer Institute, NCI. (2007). La quimioterapia y usted. *National Cancer Institute*, (8), 1–88. doi: <https://doi.org/08-1136S>
- National Cancer Institute, NCI. (2015). *Understanding Cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2004). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos conductuales, un enfoque basado en problemas. México: El Manual Moderno.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Cáncer. Nota Informativa*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ornelas-Mejorada, R.E., Tufiño-Tufiño, M.A. y 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.
- Pérez-Fortis, A., Fleeer, J., Sánchez-Sosa, J.J., Veloz-Martínez, M.G., & Alanís-López, P. (2017). Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3273-3280.
- Pérez, M., y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement* 1, 385–401.
- Richardson, A., Addington-Hall, J., Amir, Z., Foster, C., Stark, D., Armes, J., ... Sharpe, M. (2011). Knowledge, ignorance and priorities for research in key areas of cancer survivorship: Findings from a scoping review. *British Journal of Cancer*, 105, S82- S94. doi: <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.425>
- Rodríguez-Bores, R., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Oroco, R., y Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37, 517-22.
- Rowland, J.H. & Massie, M.J. (2010). Breast Cancer. En Holland, J.C., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., Lederberg, M.S., Loscalzo, M.J., & McCorkle, R. (Oxford), *Psycho Oncology* (pp. 177-186). New York, EUA: Oxford.

- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Salgado-de Snyder, V. y Bojorquez, I. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies–depression (CES–D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 36(4), 200–209.
- Salgado-de Snyder, V. y Maldonado M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36, 200–209.
- Savard, J., Simard, S., Guguère, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., ... Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4(03), 219–237. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951506060305>
- Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., ... Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26(August), v8–v30. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv298>
- Shinagawa, S.M. (2000). The excess burden of breast carcinoma in minority and medically underserved communities. *Cancer*, 88(5), 1217-1223.
- Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L. & wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.

- Smits, J. A. J., Minhajuddin, A., & Jarrett, R. B. (2009). Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobia. *Journal of Affective Disorders, 114*(1–3), 271–278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.008>
- Stagl, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Gudenkauf, L. M., Jutagir, D. R., ... Antoni, M. H. (2015). Long-term psychological benefits of cognitive behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer, 121*(11), 1873–1881. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.29076>
- Stanton, A.L., & Bower, J.E. (2015). Psychological adjustment in breast cancer survivors. En Ganz PA, (Ed.), *Improving outcomes for breast cancer survivors advances in experimental medicine and biology*. USA: Springer.
- Stewart, D. E., Cheung, a M., Duff, S., Wong, M., McQuestion, M., Cheng, T., ... Bunston, T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 10*(August 2000), 179–183. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.497>
- Stiegelis, H. E., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. *Patient Education and Counseling, 52*(2), 131–141. doi: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00021-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00021-1)
- Suppli, N. P., Johansen, C., Christensen, J., Kessing, L. V., Kroman, N., & Dalton, S. O. (2014). Increased risk for depression after breast cancer: A nationwide population based cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. *Journal of Clinical Oncology, 32*(34), 3831–3839. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.0419>
- van de Wal, M., Thewes, B., Gielissen, M., Speckenes, A., & Prins, J. (2017). Efficacy of Blended Cognitive Behavior Therapy for High Fear of Recurrence in Breast, Prostate,

- and Colorectal Cancer Survivors: The SWORD Study, a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(19), 2173-2183.
- Vickberg, S. M. J., Bovbjerg, D. H., DuHamel, K. N., Currie, V., & Redd, W. H. (2000). Intrusive Thoughts and Psychological Distress Among Breast Cancer Survivors: Global Meaning as a Possible Protective Factor. *Behavioral Medicine*, 25(4), 152-160. doi: <https://doi.org/10.1080/08964280009595744>
- Villarreal, C. (2017). Breast cancer detection in Mexico. Recuperado de <http://www.clusterdesalud.com/en/blog/breast-cancer-detection-in-mexico>
- Walker, J., Water, R.A., Murray, G. , Swanson, H., Hibberd, C. J., Rush, R.W...Sharpe, M. (2008). Better Off Dead: Suicidal Thoughts in Cancer Patients. *Journal of clinical oncology*, 26(29), 4725-4730. doi: 10.1200/JCO.2007.11.8844
- Weinstein, N.D. (2007). Misleading test of health behavior theories. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 1-10.
- Wen, K.-Y., Fang, C. Y., & Ma, G. X. (2014). Breast cancer experience and survivorship among Asian Americans: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(1), 94–107. doi: <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0320-8>
- Yi, J. C., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors Anxiety Depression Distress Cancer survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099-1113.
- Yun, M.R., Song, M., Jung, K.H., Yu, B.J., & Lee, K.J. (2017). The effects of mind subtraction meditation on breast cancer survivors' psychological and spiritual well-being and sleep

quality: a randomized controlled trial in South Korea. *Cancer Nursing*, 40(5), 377–385.

doi: 10.1097/NCC.0000000000000443

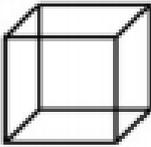
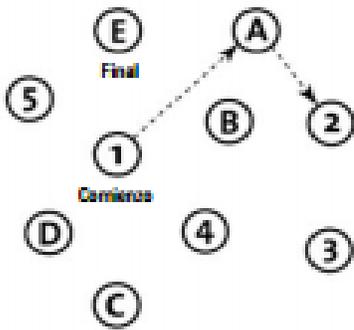
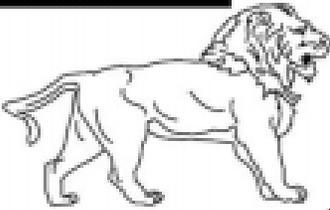
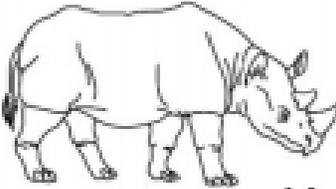
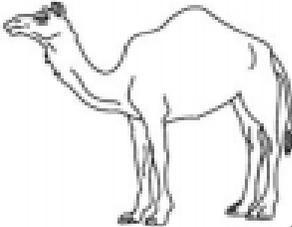
Anexo 1

CES-D

Centro para estudios epidemiológicos, Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)

INSTRUCCIONES: A continuación voy a leerle varios enunciados y le pido que me dé la opción de respuesta que mejor describa sus sentimientos o comportamientos **durante la semana pasada.**

	Rara vez o nunca (menos de un día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Regularmente (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0	1	2	3
2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos.	0	1	2	3
4. Sentía que yo era tan buena como cualquier otra persona.	0	1	2	3
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0	1	2	3
6. Me sentía deprimida.	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8. Me sentía optimista sobre el futuro.	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
10. Me sentía con miedo.	0	1	2	3
11. No podía dormir bien.	0	1	2	3
12. Estaba contenta.	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3
14. Me sentía sola.	0	1	2	3
15. Pensaba que la gente no era amigable.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Pasé ratos llorando.	0	1	2	3
18. Me sentía triste.	0	1	2	3
19. Sentía que yo no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: _____		Fecha de nacimiento: _____		
		Nivel de estudios: _____		FECHA: _____		
		Sexo: _____				
VISUOSPACIAL / EJECUTIVA		 Copiar el cubo [] []		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos
 [] []		[] [] [] Contorno Números Agujas		___/5		
IDENTIFICACIÓN		 []  []  []		___/3		
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recordarlas 5 minutos más tarde.		ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO	Sin puntos	
		1er intento 2º intento				
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 3 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2		___/2		
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFaAB		___/1		
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		___/3		
LENQUAJE		Repita: El gato se escoba bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espere que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pide. []		___/2		
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comienzan por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)				___/1		
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla		___/2		
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		[] [] [] [] [] []				
Opcativo: Pista de categoría						
Pista elección múltiple						
ORIENTACIÓN		[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad		___/6		
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30 Mínim. 1 punto al ítem < 12 años de estudio		

EVALUACIÓN T1

(Entrevista 1)

Número de encuestada:.....
Hora de inicio:.....
Entrevistador:.....
.....

Información de contacto de la paciente	
Nombre:.....	
.....	
Teléfono fijo:.....	Correo electrónico:.....
Teléfono móvil:.....	Ciudad de residencia:.....

Sección 1. Datos socio-demográficos

Completar los espacios en blanco y marcar con una "X" la opción de respuesta de la paciente.

Número de encuestada:.....		
Fecha de aplicación:...../...../.....		
Día	Mes	Año

Datos socio-demográficos	
1. Fecha de nacimiento:...../...../..... Día Mes Año	2. Ocupación:
3. Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viviendo en unión libre <input type="checkbox"/> Con pareja (no están casados / no viven juntos) <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada / Divorciada	4. Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato/carrera técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado
	5. Número total de años de escolaridad:.....
6. ¿Cuál es el lugar en el que cree que se ubicaría su familia en función de su nivel socioeconómico? <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio-alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Medio-bajo <input type="checkbox"/> Bajo	7. Número de hijos (vivos): <input type="checkbox"/> De 0 a 3 años <input type="checkbox"/> De 4 a 7 años <input type="checkbox"/> De 8 a 12 años <input type="checkbox"/> De 13 a 18 años <input type="checkbox"/> Mayores de 18 años <i>(Escribir en el recuadro el número de hijos para cada categoría).</i>

<p>8. Actualmente vive con:</p> <p><input type="checkbox"/> Padres</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Familiares / amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Sola</p> <p><i>(marcar todas las opciones posibles)</i></p>	<p>9. ¿De quién depende económicamente?:.....</p>
--	--

Sección 2. Datos de salud

Acontecimientos relevantes y salud												
<p>1. ¿Aparte del cáncer de mama, ha ocurrido algún acontecimiento relevante en su vida que en la actualidad le siga afectando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (especificar acontecimiento y cuando ocurrió):.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2. ¿Hay alguien entre sus familiares más cercanos que sufra o haya sufrido alguna enfermedad crónica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (especificar enfermedad):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>											
<p>3. ¿Fuma? En caso afirmativo indique el número aproximado de cigarrillos diarios.</p> <p><input type="checkbox"/> No fumo</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 10 cigarrillos</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 cigarrillos</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 20 cigarrillos diarios</p>	<p>5. ¿Bebe alcohol de manera regular a diario o los fines de semana? En caso afirmativo indique el número aproximado de copas a la semana.</p> <p><input type="checkbox"/> No bebo alcohol</p>											
<p>4. ¿Hace ejercicio físico (salir a caminar, subir escaleras, o la práctica de algún deporte en específico)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (especificar actividad física y frecuencia):.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">Número de copas</td> <td style="text-align: left;">Tipo de alcohol</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>Cerveza</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>Vino tinto / blanco</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>Pulque</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>Alcohol de más gradación (tequila, ron, brandi, whisky, mezcal)</td> </tr> </table>	Número de copas	Tipo de alcohol	Cerveza	Vino tinto / blanco	Pulque	Alcohol de más gradación (tequila, ron, brandi, whisky, mezcal)	
Número de copas	Tipo de alcohol											
.....	Cerveza											
.....	Vino tinto / blanco											
.....	Pulque											
.....	Alcohol de más gradación (tequila, ron, brandi, whisky, mezcal)											

Datos del diagnóstico médico y antecedentes patológicos

1. Indique la fecha en la que recibió su diagnóstico:

...../...../.....

 Día Mes Año

2. Etapa del cáncer:..... del

3. Indique la fecha en que concluyó su tratamiento:

...../...../.....

 Día Mes Año

4. ¿Qué tipo de tratamiento siguió?

.....

5. ¿Padece algunas otras enfermedades?

Sí
 (especificar):.....

 No

6. ¿Está en tratamiento médico, para dichas enfermedades?

Sí
 (especificar):.....

 No

7. ¿Alguna vez ha estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Sí (especificar razón y duración de la terapia):

 No

8. ¿Actualmente está en tratamiento psicológico?

Sí (especificar razón):.....
 No

9. ¿Actualmente toma algún medicamento para la depresión o ansiedad?

Sí
 No