



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

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA**

TESIS

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

PRESENTA:

LUCERO ITZEL LABRA ALVARADO

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
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi mamá María de Lourdes Alvarado Reséndiz y a mi papá José Luis Labra Ramírez, por el amor y apoyo incondicional. Los amo.

A mis hermanos Lupita y Luis por el cariño y apoyo, siempre serán mis personas favoritas. Los amo.

A mis amigos y amigas que han estado en los momentos felices y en los no tan agradables de mi vida. Los llevo en mi corazón.

A mi tutora Aime Edith Martínez Basurto por su dedicación, paciencia y esfuerzo. Gracias totales.

A mi comité académico: Dr. Edgar Landa, Mtro. Cruz Vargas, Dr. Sánchez Sosa y Dr. Samuel Jurado, por el apoyo y guía para realizar este trabajo.

A las participantes de este estudio por su dedicación y compromiso. Son unas mujeres maravillosas, muchas gracias.

Y, al Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, CMN La Raza, en especial al servicio de Oncología. Muchas gracias a los Jefes de los servicios de Oncología Médica, Oncología Quirúrgica y Ginecología. Así como al director de Educación e Investigación en Salud y a la Jefa de la División de Educación en Salud. Continúen apoyando este tipo de estudios.

Contenido

Resumen	5
Abstract	6
Marco teórico	7
Cáncer de mama	7
Análisis de detección y pruebas diagnósticas	7
Estadificación	10
Tratamiento	11
Supervivencia	13
Efectos físicos post tratamiento en supervivientes de cáncer de mama	14
Efectos psicosociales en supervivientes de cáncer de mama	15
Intervenciones en supervivientes de cáncer de mama	22
<i>Objetivos secundarios</i>	25
Método	27
Participantes	27
Escenario	31
Instrumentos	31
Diseño	32
Procedimiento	35
Análisis estadísticos	38
Resultados	40
Discusión	45
Referencias	52
Anexos	67
ANEXO 1. Plan de aleatorización	67
ANEXO 2. CES-D	72
ANEXO 3. MoCA	73
ANEXO 4. Evaluación inicial	74
ANEXO 5. Carta de consentimiento informado	80

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo	37
Figura 2. Medias de evaluación del CES-D por grupo.	41
Figura 3. Porcentajes de deserción y retención	43
Figura 4. Porcentajes de mantenimiento por evaluación.....	44

Índice de tablas

Tabla 1. Variables sociodemográficas	29
Tabla 2. Variables médicas	30
Tabla 3. Medias y D.E. de CES-D	40
Tabla 4. ANOVA de medidas repetidas	41
Tabla 5. Prueba post-hoc.....	42

Resumen

La tasa de supervivencia en pacientes con cáncer de mama en países con ingresos medios como México, es del 60%. De acuerdo con una revisión a nivel internacional, la prevalencia de sintomatología depresiva en esta población varía de 9.4 a 66.1%. El objetivo de este estudio piloto es evaluar el efecto preliminar de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva en mujeres supervivientes de cáncer de mama. Se incluyeron 40 mujeres que terminaron el tratamiento activo del cáncer de mama, del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, CMN La Raza, quienes se asignaron de manera aleatoria a los grupos (grupo de tratamiento y grupo control de lista de espera). Se realizó una intervención cognitivo conductual de ocho sesiones semanales de aproximadamente dos horas. Para evaluar la sintomatología depresiva se usó el CES-D validado en población mexicana. 15 participantes completaron las evaluaciones, en el seguimiento la media del CES-D en ambos grupos fue menor a 16 (punto de corte para determinar sintomatología depresiva). El tamaño del efecto fue mediano ($\eta^2 = 0.48$). La sintomatología depresiva se redujo significativamente ($p=0.007$) en las participantes del estudio que concluyeron el tratamiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al efecto de la intervención entre los grupos.

Palabras clave: supervivientes, cáncer de mama, sintomatología depresiva, CES-D, intervención cognitivo-conductual.

Abstract

The survival rate in patients with breast cancer in countries with a median income, such as Mexico, is 60%. According to an international review, the prevalence of depressive symptoms in this population varies from 9.4 to 66.1%. The aim of this pilot study is to evaluate the preliminary effect of a cognitive behavioral intervention on depressive symptomatology in female breast cancer survivors. Forty women, whom had finished the active cancer treatment, participated in this study, from the Gynecology and Obstetrics Hospital No. 3, CMN La Raza, who were randomly assigned to the groups (treatment group and waiting list group). A cognitive behavioral intervention of 8 weekly sessions of approximately 2 hours each was performed. To evaluate the depressive symptomatology, the CES-D validated in the Mexican population was used. 15 participants completed the evaluations, in the follow-up the mean of CES-D in both groups was less than 16 (cut-off point to determine depressive symptomatology). The size effect was medium ($\eta^2 = 0.48$). The depressive symptomatology was significantly reduced ($p = 0.007$) in the study participants who concluded the treatment, there were no statistically significant differences regarding the effect of the intervention between the groups.

Keywords: survivors, breast cancer, depressive symptomatology, CES-D, behavioral cognitive intervention.

Marco teórico

Cáncer de mama

El cáncer de mama surge cuando las células mamarias comienzan a crecer de manera acelerada, estas células normalmente forman un tumor, el cual se considera maligno (cáncer) si las células pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a áreas distantes del cuerpo. La mayoría de las veces el cáncer de seno comienza en los ductos que llevan la leche hacia el pezón (cáncer ductal), sin embargo, también pueden originarse en las glándulas que producen leche (cáncer lobulillar) y en otras partes del seno (American Cancer Society [ACS], 2016).

El cáncer de mama representa el 16% de todos los cánceres femeninos, lo cual lo convierte en el más común entre las mujeres de todo el mundo. En 2004 se estimó que murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama, la mayoría (69%) de estas defunciones ocurrieron en países en desarrollo (OMS, 2018).

De acuerdo con el INEGI (2016), en 2014 el cáncer de mama presentó una prevalencia de 19.4% en mujeres de 20 años o más. En 2015, la incidencia de tumor maligno de mama entre la población de 20 años y más fue de 14.8 casos nuevos por cada 100 000 personas, en las mujeres de 60 a 64 años la incidencia de cáncer de mama fue de 68.05 por cada 100 000 mujeres de ese grupo de edad. En 2014, la tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en el país fue de 15 defunciones por cada 100 000 mujeres mayores de 20 años.

Análisis de detección y pruebas diagnósticas

Las pruebas de detección de cáncer pueden ayudar a detectar el cáncer en un estadio temprano antes de que se presenten síntomas, esto mejora el pronóstico. En cambio, cuando ya se

presentan síntomas, las probabilidades de cura o fácil tratamiento disminuyen (National Institutes of Health [NIH], 2017).

Los exámenes de tratamiento incluyen los siguientes (NIH, 2017):

- Autoexploración mamaria: Esta prueba consiste en autoexaminarse las mamas de manera regular con la intención de conocer sus características normales para facilitar la identificación de cambios en coloración, tamaño o forma (breastcancer.org, 2016). Se recomienda hacer esta autoexploración una vez al mes a partir de los 25 años. A partir de los 35 años se sugiere complementar con una exploración clínica una vez al año y después de los 45 años debe completarse con un estudio de imagen (ISSSTE, 2017).
- Examen físico y antecedentes: Consiste en una revisión general de la salud del paciente, incluye exploración mamaria para identificar nódulos o cambios sospechosos, y un interrogatorio acerca de los hábitos de salud de la paciente y antecedentes de enfermedades de ésta y su familia directa. Alrededor del 20% de los cánceres de mama se detectan mediante esta prueba (breastcancer.org, 2106).
- Pruebas de laboratorio: para estas pruebas se toma una muestra de orina, sangre, tejido u otras sustancias del cuerpo que se analizan para establecer un diagnóstico más acertado. Los análisis bioquímicos de sangre miden el nivel de sustancias específicas en la sangre que indican si los órganos están sanos o funcionan bien, se miden los niveles de enzimas hepáticas y de bilirrubina para evaluar la función hepática, los niveles de potasio, cloruro y nitrógeno de ureico para valorar el estado del hígado y los riñones durante y después del tratamiento, los niveles de calcio para evaluar la salud de huesos y riñones, y los niveles de glucemia. Estos análisis permiten identificar metástasis y daño por el tratamiento (breastcancer.org, 2016).

- Procedimientos con imágenes: estas pruebas permiten captar imágenes del estado actual de tejidos internos en las pacientes.

La ecografía es un análisis por imágenes que envía ondas sonoras de alta frecuencia a través de las mamas y las transforma en imágenes en una pantalla de visualización, es un procedimiento no invasivo sin radiación. Se emplea para complementar otros análisis de detección, con ésta se determina si el bulto es sólido o contiene agua, sin embargo, no tiene la capacidad de indicar si el bulto es canceroso o se trata de una calcificación. Se recomienda este estudio a pacientes menores de 30 años ya que las mamas aún son densas y dificulta la detección con mamografía (breastcancer.org, 2012).

La mamografía es la prueba más común para detectar, diagnosticar y llevar un seguimiento en las pacientes con cáncer de mama. Las mamografías de detección se realizan con la intención de detectar anomalías o bultos sospechosos, mientras que las mamografías de diagnóstico buscan obtener más información sobre zonas específicas por lo que se toman más imágenes que en la primera. (breastcancer.org, 2017).

La resonancia magnética de mama genera imágenes transversales del interior del cuerpo mediante imanes y ondas de radio sin la necesidad de emplear rayos X, esta prueba se realiza tanto para detectar el cáncer de mama como para realizar un diagnóstico preciso y para monitorear posibles recurrencias, presenta la ventaja de ser menos costosa, más sensible y con menos probabilidad de arrojar falsos positivos (breastcancer.org, 2012).

- Pruebas genéticas: se realizan con la intención de identificar mutación de genes relacionadas con la aparición de la enfermedad. En cáncer de mama se busca detectar mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2, estas mutaciones son hereditarias y

aumentan el riesgo de cáncer de seno y ovario y llegan a representar hasta el 10% de todos los cánceres de seno (NIH, 2018).

- **Biopsia:** consiste en extraer tejido mediante una aguja o un procedimiento quirúrgico menor de una zona específica de la mama. Hay diversas técnicas para obtener el tejido y se ordena este estudio posterior a una prueba de imagen que indique presencia de un tumor. Una vez que se toma la biopsia se analiza el tejido para determinar la malignidad y las características específicas (breastcancer.org, 2012).

Estadificación

La etapa o estadio determina la gravedad del cáncer, así como la forma de tratamiento adecuada. Para realizar la estadificación es necesario considerar la extensión del tumor, la propagación a los ganglios linfáticos adyacentes, metástasis, el estado del receptor de estrógeno, el estado de la proteína Her2 y el grado del cáncer (ACS, 2017). Las etapas van de 0 a IV.

Etapa 0: significa que el cáncer está limitado al interior del ducto de leche y se trata de un cáncer no invasivo, el carcinoma ductal in situ se incluye en esta etapa, la tasa de supervivencia a 5 años es de casi el 100%.

Etapa I: no hay propagación a ganglios linfáticos o existe sólo una pequeña área de propagación del cáncer en el ganglio linfático centinela. La tasa de supervivencia a 5 años es casi del 100%.

Etapa II: el cáncer se ha propagado a pocos ganglios linfáticos adyacentes. La tasa de supervivencia a 5 años es de 93%.

Etapa III: tumores que han crecido hacia tejidos adyacentes (la piel sobre el seno o el músculo que está debajo), o que se han propagado a muchos ganglios linfáticos adyacentes. La tasa de supervivencia a 5 años es del 72%.

Etapa IV: el cáncer se ha propagado más allá del seno y los ganglios linfáticos adyacentes hasta alcanzar otra parte del cuerpo. La tasa de supervivencia a 5 años es del 22%.

Tratamiento

El tratamiento a seguir dependerá del tipo de cáncer y la etapa en la que se encuentre, también se consideran factores como la salud integral de la paciente y sus preferencias (ACS, 2018).

El objetivo del tratamiento sea quirúrgico o no, es reducir o eliminar las células cancerosas del organismo y disminuir el riesgo de metástasis o recurrencia por lo que resulta muy importante realizar una evaluación integral del estado actual de la paciente para establecer el tratamiento que genere más beneficios que riesgos (Breastcancer.org, 2013). A continuación, se describen los métodos más utilizados para combatir el cáncer de mama, así como los efectos secundarios de cada uno.

Quimioterapia: Consiste en la administración periódica de medicamentos contra el cáncer vía intravenosa o vía oral. Se puede recomendar antes (quimioterapia neoadyuvante) o después de la cirugía (quimioterapia adyuvante). La quimioterapia neoadyuvante tiene la intención de reducir el tamaño del tumor para facilitar la cirugía, evaluar la eficacia de un grupo de medicamentos y reducir el riesgo de recurrencia. Mientras que la quimioterapia adyuvante trata de eliminar las células cancerosas que se pudieron propagar o que hayan quedado después de la cirugía, de igual forma reduce el riesgo de recurrencia.

La quimioterapia también puede utilizarse en cáncer de seno avanzado o en pacientes paliativas con la intención de prolongar la vida o reducir el malestar. Como efectos adversos de la quimioterapia se encuentran: caída de cabello, cambios en las uñas, úlceras en la boca, pérdida de apetito, náuseas y vómito, diarrea, aumento en la probabilidad de tener infecciones, tendencia

a presente moretones o sangrados, fatiga, cambios menstruales, problemas de fertilidad, daños al corazón, neuropatía, síndrome de mano-pie y aumento en el riesgo de padecer leucemia (ACS, 2017).

Cirugía: se emplea en diversos momentos y con objetivos diversos, tales como: extirpar el tumor, averiguar si hay propagación a ganglios linfáticos, restaurar la forma del seno después de extraer el tumor o reducir el malestar en etapas avanzadas. Dentro de la cirugía para extraer el tumor se encuentra la cirugía conservadora en la que se extirpa la parte del seno afectada y un poco de tejido circundante, y la mastectomía en donde se extirpa todo el tejido mamario y otros tejidos cercanos (ACS, 2017).

Radioterapia: este tratamiento usa rayos o partículas de alta energía con el objetivo de eliminar las células cancerosas. Se puede aplicar de manera externa usando una máquina externa al cuerpo que emite radiación, o bien de manera interna (braquiterapia) mediante el uso de fuentes radiactivas que se introducen en el cuerpo por poco tiempo. Como efectos adversos de la radioterapia se encuentran los siguientes: hinchazón en el seno, quemaduras en el área tratada, cansancio. Además, puede dificultar la reconstrucción, la lactancia, dañar nervios del brazo, provocar linfedema, entre otros efectos adversos menos comunes (ACS, 2017).

Terapia hormonal: es un tipo de terapia sistémica, es decir, que tiene la capacidad de llegar a las células cancerosas en casi cualquier parte del cuerpo y se recomienda cuando el cáncer de seno presenta receptores de hormonas positivos (ER-positivo y/o PR-positivo). Generalmente se emplea de manera adyuvante al menos por 5 años, su objetivo principal es reducir la probabilidad de recurrencia. Dentro de los efectos adversos se encuentran: aumento en el riesgo de padecer cáncer uterino, flebotrombosis, accidentes cerebrovasculares, bochornos, dolores, de cabeza, náuseas, dolor en huesos, dolor muscular y rigidez en articulaciones (ACS, 2017).

Supervivencia

Actualmente no existe un consenso respecto al concepto de supervivencia, algunos consideran la supervivencia a partir del diagnóstico (Doyle, 2008; National Coalition for Cancer Survivorship, 1986; Shi et al., 2011; Twombly, 2004), es decir, plantean la supervivencia como el proceso que comienza con el diagnóstico, incluye el tratamiento y la etapa libre de enfermedad, y concluye con la muerte del individuo.

También se ha utilizado el término considerando cierto tiempo (3-5 años) desde el diagnóstico o libre de recurrencias con la intención de mejorar los criterios de inclusión de la investigación en supervivientes (Carter, 1993; Simonelli, Annunziata, Chimienti, Berreta y Tirelli, 2008; Surbone, Annunziata, Santoro, Tirelli y Tralongo, 2013).

Y hay quienes consideran etapa de supervivencia desde el momento en que se termina con el tratamiento activo (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía) (Little, Sayers, Paul y Jordens, 2000; Surbone et al., 2013). Para efectos de este estudio se tomó esta última definición de supervivencia, es decir, como criterio se plantea que las pacientes hayan terminado con su tratamiento activo para ser incluidas en la muestra.

Respecto a las estadísticas de supervivencia, se encontró que en México no hay registros que especifiquen el porcentaje de supervivientes de cáncer, sin embargo, la OMS (2016) refiere que la tasa de supervivencia varía de acuerdo con nivel de ingresos de cada país, en este sentido, países con ingresos altos presentan una tasa de supervivencia de 80%, 60% en países de ingresos medios y 40% en países de ingresos bajos, México se encuentra dentro del segundo grupo. Otro factor relevante es la etapa en que se diagnosticó el cáncer de mama, como se mencionó anteriormente las tasas de supervivencia van del 93% en etapa II al 22% en etapa IV, cabe

mencionar que estas estadísticas corresponden a mujeres estadounidenses que fueron diagnosticadas entre 2007 y 2013 (ACS, 2017).

Efectos físicos post tratamiento en supervivientes de cáncer de mama

Durante la etapa de supervivencia las pacientes generalmente continúan con tratamiento hormonal y seguimiento médico. El seguimiento consiste en una revisión periódica trimestral los primeros dos años, semestral del año tres al cinco y posteriormente anual con el objetivo de detectar recaídas o la presencia de un segundo primario. Como estudios complementarios se realizan mastografía y tele de tórax anual, así como densitometría ósea semestral (Aebi, Davidson, Gruber y Cardoso, 2011).

En algunas pacientes se recomienda continuar con tratamiento hormonal posterior al tratamiento activo (quimioterapia, radioterapia, cirugía), para determinar el tipo de hormonoterapia se valoran las características de la paciente y del cáncer que presenta, el medicamento más común es el tamoxifeno y se prescribe una al día por cinco años. Dentro de los efectos secundarios de este medicamento se encuentran el riesgo de coágulos de sangre (pulmones y piernas), apoplejía, cataratas, cáncer de endometrio, cáncer de útero, disminución de masa ósea, cambios de humor, depresión y desinterés sexual (NIH, 2017).

Además, persisten algunos efectos debido al tratamiento activo (quimioterapia, radioterapia y cirugía), tales como: fatiga que puede asociarse tanto al tratamiento como a ansiedad y depresión; toxicidad cardíaca que se asocia a ciertos medicamentos de la quimioterapia; linfedema asociado a la mastectomía y a la radioterapia; menopausia prematura debido a la quimioterapia, a la ooforectomía o al tamoxifeno; dolor por la cirugía, quimioterapia o radioterapia; disfunción sexual asociado al efecto de la quimioterapia sobre la lubricación

vaginal o por problemas de autoestima debido a la cirugía (mastectomía); infertilidad por efecto de la quimioterapia u ooforectomía; pérdida acelerada de densidad ósea debido a la quimioterapia; deterioro cognitivo por la quimioterapia; insatisfacción por los cambios estéticos (piel, pérdida del seno, cicatrices); y ansiedad y depresión (Australian Cancer Survivorship Centre [ACSC], 2018).

Efectos psicosociales en supervivientes de cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad que conlleva muchos cambios en la vida de las supervivientes, factores como el tipo y etapa del cáncer, el tratamiento y su duración, así como las secuelas de la enfermedad generan un desgaste físico y psicológico. Por considerarse una enfermedad crónica supone cambios constantes que deterioran la calidad de vida de las pacientes y mantiene preocupaciones por la familia por la cuestión del rol como madres, hermanas, esposas o hijas, así como dificultad para organizar tareas del hogar, problemas sexuales, emocionales, cognitivos, laborales e interpersonales (ACSC, 2018; Bouskill y Kramen, 2016; Duijts et al., 2014; Fallowfield y Jenkins, 2015).

En población hispanohablante y latina se ha encontrado que las principales áreas afectadas son: funcionamiento sexual, preocupación por el futuro, insomnio, problemas económicos, preocupación por la pérdida de cabello, dificultad para reasumir su rol en familia y trabajo, abandono de familiares y amigos o ausencia de apoyo al finalizar el tratamiento, sensación de abandono por parte del equipo de salud y falta de información respecto a efectos del tratamiento a largo plazo, trastorno de imagen corporal, miedo a la recurrencia, depresión, ansiedad y estrés (Braña-Marcos et al., 2012; Nápoles et al., 2017; Rey et al., 2017).

Por su parte, las supervivientes mexicanas de cáncer de mama reportan problemas laborales, interpersonales, sexuales, emocionales y de autoimagen, éste último íntimamente ligado a sintomatología depresiva en mujeres mexicanas (Hubbeling et al., 2018; INCan, 2018; Lerma-Talamantes, Larios-Jiménez, Daneri-Navarro y Robles-García, 2018).

Con respecto al abandono que sienten por el equipo de salud, debido a que las consultas de seguimiento tienden a espaciarse (Keesin, Rosenwax y McNamara, 2018), las pacientes reportan que les gustaría mantener una relación más cercana durante esta etapa para conocer y monitorear los efectos normales del tratamiento hormonal y prevenir complicaciones físicas y emocionales (Torres, Dixon y Richman, 2015). Ya que la falta de información suele incrementar los niveles de ansiedad por la incertidumbre y riesgo de tomar decisiones inadecuadas respecto a sus cuidados (Hubbeling et al., 2018).

En México las principales necesidades de información que reportan las supervivientes de cáncer son las relacionadas a los procesos administrativos del hospital, a la reconstrucción mamaria, a hábitos alimenticios, estilo de vida y efectos secundarios como el linfedema y los cambios hormonales. Respecto al área afectiva comenta que les gustaría contar con orientación para la reinserción laboral, el manejo de emociones, manejo de problemas familiares y de pareja (Hubbeling et al., 2018).

Otro de los problemas comúnmente reportados por las supervivientes es el deterioro cognitivo presentado específicamente en las áreas de: comprensión, habilidad verbal, toma de decisiones, memoria y velocidad de pensamiento. Estos problemas afectan la autoeficacia percibida provocando que las pacientes renuncien a su empleo, cambien de puesto, se retiren antes o incluso, que eviten volver al trabajo después del tratamiento contra el cáncer (Ah et al., 2015; Fallowfield y Jenkins, 2015).

Por otra parte, en una revisión sistemática se encontró que la fatiga y los problemas de afrontamiento en el trabajo también representan un obstáculo en el proceso de readaptación laboral, debido a que la fatiga perdura por varios años y afecta la eficacia con la cual se realizan las actividades laborales, mientras que la forma en que los compañeros y superiores afrontan la enfermedad de la paciente puede llevar desde un trato insensible a la paciente hasta la sobreprotección y percepción de incapacidad (Duijts et al., 2014).

Por otro lado, en México las supervivientes refieren problemas laborales relacionados con la fuerza y habilidad física, las cuales se ven afectadas por el tratamiento médico. Otro problema para recuperar o conseguir empleo suele ser la falta de flexibilidad por parte de las empresas para que las pacientes continúen con sus chequeos médicos y cumplan con las indicaciones para su cuidado. Así mismo la discriminación es frecuente debido a la enfermedad y la probabilidad de ser contratada se reduce debido a la idea de no ser capaz de realizar ciertas actividades, por lo que la mayoría de las mujeres omiten su antecedente de cáncer (Hubbeling et al., 2018).

En cuanto a la situación familiar y social la literatura reporta que durante la etapa de supervivencia las mujeres experimentan gran incertidumbre y malestar emocional debido a las expectativas sociales de reajuste inmediato sin considerar la cantidad de cambios que el cáncer ha generado en sus vidas (Keesing et al., 2018). Dentro de las principales dificultades están el reasumir su rol como madres, esposas, cuidadoras, amas de casa, además del laboral y el social (Nápoles et al., 2017; Van-Leeuwen et al., 2018) los cuales se complican por problemas de comunicación, incapacidad para realizar ciertas actividades físicas, inseguridad, falta de comprensión, ausencia del apoyo otorgado durante el tratamiento, entre otros.

Otros factores importantes que predicen el malestar psicosocial en las supervivientes son la estigmatización y la falta de apoyo familiar o de amigos en el proceso de curación, los cuales son

promovidos generalmente por la falta de información y existencia de mitos relacionados con el cáncer (Hubbeling et al., 2018; Muliira, Santos y O'Brien, 2017). Sin embargo, en México el reajuste psicosocial gira principalmente en torno a la familia, la cual generalmente modifica su dinámica diaria en apoyo a la paciente. A pesar de este apoyo, la mayoría de las supervivientes experimenta excesiva preocupación por alejarse de sus hijos, esposos y/o padres a su cargo, sobre todo cuando es necesario mudarse para tomar el tratamiento. Incluso terminado el tratamiento, el sentimiento de culpa puede continuar por esta situación (Hubbeling et al., 2018).

En cuanto a los problemas de autoimagen se ha encontrado que las mujeres sometidas a mastectomía y a radioterapia, quienes tienen secuelas evidentes de por vida, presentan gran insatisfacción con su imagen corporal (Swanick et al., 2017). El trastorno de imagen corporal se presenta hasta en un 80%, de igual manera la pérdida de cabello sigue siendo una preocupación que afecta hasta el 32% de las supervivientes (Braña-Marcos et al., 2012). Estos cambios en la imagen provocan inseguridad y abandono en sus relaciones de pareja por la incomprensión, o el que ellas desistan en la búsqueda de una pareja por el rechazo que ellas perciben del sexo opuesto al comentar su antecedente de cáncer (Torres et al., 2015), por lo cual algunas pacientes jóvenes consideran totalmente necesaria la reconstrucción para poder continuar con su vida normal (Hubbeling et al., 2018).

En México hasta el 28% de las supervivientes reporta que el cambio en la imagen corporal es un estresor significativo en la convivencia social. Sin embargo, hay pacientes que reportan no tener ningún inconveniente con los cambios, gran parte de la adaptación positiva a los cambios se debe al apoyo de familiares, pareja y amigos cercanos. Si se consigue hablar del tema como algo normal, las pacientes se sienten más cómodas (Hubbeling et al., 2018).

Aunado a esto, la infertilidad por el tratamiento en mujeres menores de 40 años representa una preocupación importante en hasta el 70% de ellas, y durante la etapa de supervivencia donde se pasa por un duelo debido a esta pérdida (Howard-Anderson, Ganz, Bower y Stanton, 2012; Hubbeling et al., 2018; Kenyon et al., 2014). Mientras que los síntomas asociados a la menopausia también impactan negativamente en la relación de pareja provocando disfunción sexual en un porcentaje entre el 31 y el 70%, problemas que persiste hasta por 2 años posterior al tratamiento (Fallowfield y Jenkins, 2015; Braña-Marcos et al., 2012).

Otro problema frecuentemente referido por las supervivientes es el insomnio, reportado entre 27.9% y 51% de éstas (Braña-Marcos, et al., 2012; Nho, Kim, Park y Kweon, 2018) mismo que se ha relacionado directamente con fatiga (Servaes, Verhagen y Bleijenbergh, 2002) y con sintomatología ansiosa y depresiva (Braña-Marcos et al., 2012).

Una cantidad importante de supervivientes de cáncer experimentan malestar emocional, incluyendo el miedo a la recurrencia, síntomas de estrés postraumático, hostilidad, ansiedad o depresión, lo cual impacta de manera negativa en su calidad de vida. Se han iniciado estudios con el objetivo de identificar los factores de riesgo para desarrollar estos problemas a largo plazo, hasta ahora se ha encontrado que ser mujer, niña, adulto joven, y haber pasado por tratamientos intensivos contra el cáncer, son factores de riesgo para presentar este tipo de problemas al terminar el tratamiento (Deimling, Kahana, Bowman y Schaefer, 2002; Gil, Costa, Hilker y Benito, 2012; Yi y Syrjala, 2017)

La prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en las pacientes que pasan por cirugía mamaria es del 14.3% 15 meses después de la operación (O'Connor, Christensen, Jensen, Moller y Zachariae, 2011). Respecto a esto se ha encontrado una fuerte asociación entre los

pensamientos intrusivos relacionados al cáncer y la persistencia de la sintomatología de TEPT (Lu et al., 2017).

Con respecto a la depresión, un estudio realizado en Estados Unidos evaluó a 653 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en etapas I, II y III en un rango de entre 3 días hasta 7.4 meses desde el diagnóstico, concluyó que alrededor del 20% de las pacientes presentan sintomatología depresiva hasta dos años después del diagnóstico, además se encontró que el 7.2% de la muestra mostró un incremento de la sintomatología a través del tiempo (Avis et al., 2015).

Por otro lado, en Londres se realizó un seguimiento a 222 supervivientes de cáncer de mama, y en este estudio se mostró la reducción, la proporción o la recurrencia a través de los años de la sintomatología ansiosa y depresiva, a un año del diagnóstico se encontró que el 50% de las mujeres presentaban ansiedad, depresión o ambas, porcentaje que se reduce a la mitad en los siguientes 3 años y que finaliza en 15% a los cinco años después del diagnóstico o recurrencia (Burgess et al., 2005).

En población latina (que radica en Estados Unidos), la sintomatología depresiva es una de las más frecuentes y con mayor impacto sobre la calidad de vida de las supervivientes (Nápoles et al., 2017), en un estudio se evaluó a 232 supervivientes de entre 26 y 84 años con el CES-D y se encontró que el 53% de las participantes presentó sintomatología depresiva en la etapa de supervivencia. Además, se encontró una correlación positiva con la edad, con ingresos bajos, bajo apoyo social percibido, deficiencias en funcionalidad física y estrés familiar (Ashing-Giwa, Rosales, Lai y Weitzel, 2012).

En México el Instituto Nacional de Cancerología dio a conocer el registro de supervivientes de cáncer, en el que se especifica que el 98% de los supervivientes de cáncer presenta problemas

emocionales, principalmente ansiedad y depresión, cabe mencionar que el registro no determina los estadísticos por tipo de cáncer, sino de manera general (INCan, 2018).

Aunado a lo anterior, un estudio llevado a cabo en Guadalajara con una muestra de N=291 donde el 52% de la muestra está conformada por supervivientes, evaluó depresión en mujeres con cáncer de mama, se encontró una prevalencia del 40.8% en sintomatología depresiva, además se encontró una asociación entre la sintomatología depresiva y el tabaquismo, bajo nivel educativo, dependencia económica, ansiedad, distorsiones cognitivas y discapacidad percibida (Lerma-Talamantes et al., 2018).

Como se puede observar, las estadísticas anteriores señalan que la sintomatología depresiva es una condición emocional que se presentan desde el diagnóstico y persiste hasta la supervivencia, razón por la cual es necesario incidir sobre ellas para disminuir sus efectos negativos. Asimismo, es necesario reconocer que tanto la falta de apoyo social como la presencia de ansiedad, hostilidad, evitación, intrusión en el paciente o creencias referentes a los beneficios de preocuparse, a la necesidad de comprometerse y con respecto al peligro percibido de perder el control sobre la preocupación resultan determinantes para la presencia de esta sintomatología, dadas estas características se ha encontrado que la sintomatología depresiva puede persistir hasta 5 años después del tratamiento activo (Cook et al., 2015; Deimling et al., 2002; Yi y Syrjala).

Y de no tratarse a tiempo puede asociarse con conductas de riesgo como trastornos alimenticios y consumo de sustancias (Oberguggenberger et al., 2018), baja adherencia a los regímenes médicos (Di Matteo, Lepper y Croghan, 2000), así como con una tasa elevada de suicidios en comparación con la población general (Fang et al., 2012).

Intervenciones en supervivientes de cáncer de mama

Debido al impacto que tiene la depresión en la calidad de vida de las personas se han realizado diversos estudios donde se ponen a prueba intervenciones farmacológicas, psicológicas y de actividad física con el objetivo de llegar a la estrategia más eficiente para reducir este malestar.

Dentro de los tratamientos con fármacos se ha encontrado que los antidepresivos de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina debido al bajo riesgo de presentar efectos adversos, a la alta tolerabilidad y la seguridad en el uso de éstos (Gartlehner et al., 2011), sin embargo se ha encontrado que sólo el 47% de los pacientes responden al tratamiento y únicamente el 33% logran la remisión (Trivedi et al., 2006).

Por otro lado, se sugiere la combinación del uso de antidepresivos y el ejercicio físico, una revisión sistemática concluye que el ejercicio es una práctica que mejora significativamente el efecto de los antidepresivos, sin embargo, no se ha determinado el tipo y duración del ejercicio ideal y se sugiere que un contaminante de los resultados podría ser la socialización que tienen los pacientes al acudir a realizar la actividad física (Mura, Moro, Patten y Carta, 2014).

Respecto a la intervención psicológica para la depresión se ha confirmado la eficacia de esta en pacientes adultos con depresión mayor, específicamente cuando hay componentes de la terapia cognitivo conductual, la efectividad de esta terapia se ha comprobado a nivel nacional e internacional (Flores, Cárdenas, Durán y de la Rosa, 2014; Munder et al., 2018).

Es por lo anterior que diversas investigaciones han empleado el modelo de la TCC en supervivientes de cáncer que presentan sintomatología depresiva. Entre estos estudios encontramos el de Savard, Simand, Ivers y Morin (2005) quienes, considerando a la

sintomatología depresiva como un objetivo secundario, asignaron 27 supervivientes de cáncer de mama a un grupo de intervención con TCC y 30 al grupo en lista de espera. Las participantes se sometieron a 8 sesiones grupales semanales, se realizaron pre-test, post-test y 3 seguimientos (3, 6 y 12 meses). El tiempo de espera no provocó diferencias en la sintomatología depresiva en el grupo control. La intervención tuvo un efecto positivo estadísticamente significativo sobre sintomatología depresiva, mismo que se mantuvo 12 meses después de la intervención en la muestra total.

Por otro lado, una revisión enfocada en intervenciones psicológicas para sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama realizada por Xiao et al. (2016) incluyó 13 estudios, de los cuales diez incorporaron técnicas cognitivo-conductuales. De estos diez estudios, ocho encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control con tamaños del efecto entre -0.13 y -3.39. El resto de los estudios incluían componentes de psicoeducación, entrenamiento en relajación, intervención en crisis y/o existencial; y consejería psicológica, estrategias que consiguieron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control, los tres en población china. La mayoría de las intervenciones se realizaron de manera individual (11/13), y sólo una no alcanzó la significancia estadística, sin embargo, el tamaño del efecto fue moderado, mientras que las que se realizaron de manera grupal (2/13) mostraron más deficiencias, sólo una de ellas alcanzó la significancia estadística.

Un meta-análisis publicado recientemente por Ye et al. (2018) concluye que la TCC es el tipo de psicoterapia más eficiente para tratar sintomatología psicológica en supervivientes de cáncer de mama. Este meta-análisis incluye estudios con componentes de la TCC realizados en Estados Unidos, Irlanda, Francia, China, Australia y Holanda con muestras representativas de pacientes con cáncer de mama en etapas de 0 a III que son evaluadas con el CES-D mostrando

un tamaño del efecto combinado grande con significancia estadística (S.E.= -1.11, CI, -1.28 a -.94, $I^2= 46.8\%$, $p<0.001$). Respecto a la permanencia del efecto de la intervención en los participantes, se describen estudios con resultados que se mantienen hasta por 11 años y que encuentra asociación con una mayor supervivencia a la enfermedad. De esta forma, estos autores reportan que la TCC mejora la salud mental mediante la reducción de la rumiación sobre el pasado y de la preocupación sobre el futuro, reduciendo a la vez sintomatología ansiosa y mejorando la calidad de vida de las pacientes.

En población latinoamericana (que radica en Estados Unidos) se realizó un estudio por Ashing y Rosales (2014) en el cual se incluyó una muestra de 199 supervivientes de cáncer de mama, quienes recibieron una intervención vía telefónica que constaba de ocho sesiones de 40 a 50 minutos dos veces a la semana. Esta intervención se basó en un manual que incluía componentes tanto del modelo de salud relacionada a la calidad de vida, tales como información sobre el cáncer de mama, control y seguimiento médico; como de estrategias de la terapia cognitivo-conductual, tales como entrenamiento en solución de problemas y estrategias de afrontamiento, manejo del estrés, entre otras.

Al finalizar la intervención se encontró una reducción de sintomatología depresiva con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control, este cambio se mantuvo 4 meses después de la intervención.

Los estudios anteriores refuerzan la eficacia de la TCC sobre la reducción de la sintomatología depresiva y el mantenimiento del efecto a largo plazo, y esto resulta relevante para mantener la salud psicológica de las supervivientes de cáncer de mama.

Sin embargo, a pesar de las consecuencias negativas ya mencionadas de la sintomatología depresiva, las intervenciones suelen abordarla como un objetivo secundario, dando prioridad a variables como insomnio, fatiga, calidad de vida y miedo a la recurrencia.

Además, a pesar de los efectos positivos de las intervenciones, no se describen con detalle los componentes que las integran, lo cual dificulta la replicabilidad del estudio.

Otro aspecto a considerar es que la mayoría de las participantes de los estudios presentan estudios mínimos de preparatoria, por lo tanto, las intervenciones no van dirigidas a participantes con baja escolaridad.

Por último, es importante destacar que en Latinoamérica hay escasa evidencia de estudios dirigidos a evaluar el efecto de la TCC sobre la depresión en supervivientes de cáncer de mama, y en el caso de México, la investigación es nula. Esta ausencia de investigación con rigor metodológico en población mexicana dificulta el desarrollo de tratamientos eficaces para esta población. Sin embargo, realizar un estudio controlado aleatorizado (ECA) conlleva tomar en cuenta diferentes consideraciones clínicas y metodológicas que aún no han sido exploradas y que sería preferible anticipar. Por lo cual se plantea el presente estudio para evaluar la viabilidad de un ECA y el efecto preliminar de una terapia cognitivo conductual sobre sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama.

Objetivos secundarios

Evaluar el porcentaje de deserción y retención de las participantes en la intervención y seguimiento.

Evaluar el porcentaje de pacientes que completan cada una de las evaluaciones del estudio:

T1=evaluación inicial, T2= pre-test, T3= primer módulo o mitad de tratamiento, T4= segundo módulo o post-test y T5= seguimiento.

Evaluar el efecto del tiempo de espera sobre la sintomatología depresiva de las pacientes del grupo en lista de espera.

Método

Participantes

Pacientes con cáncer de mama que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Haber completado el tratamiento curativo (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia. Está permitido estar recibiendo terapia hormonal al momento de la inclusión en el presente estudio).
- b) Edad entre 18 y 75 años al momento del diagnóstico.
- c) Ser capaz de leer, escribir y hablar español.
- d) Puntaje ≥ 16 en el cuestionario CES-D.

Como criterios de exclusión se consideraron los siguientes:

- a) Estar recibiendo tratamiento psicológico para síntomas depresivos al momento de la inclusión, o en los dos meses previos a su participación en este estudio.
- b) Que presenten criterios clínicos de depresión mayor.
- c) Estar recibiendo tratamiento farmacológico antidepresivo.
- d) Presentar comorbilidad psiquiátrica grave (ideación o conducta suicida severa, psicosis, trastorno bipolar, consumo o dependencia de drogas, problemas cognitivos o neurológicos graves).
- e) Presentar condiciones que agraven o limiten el acceso al tratamiento (por ejemplo: personas con capacidades diferentes).

Se reclutaron 40 participantes en un periodo aproximado de 6 meses. Se asignaron de manera aleatoria 20 al grupo de intervención y 20 al grupo de lista de espera, sin embargo, una

participante asignada al grupo de lista de espera rechazó la intervención, por lo que este grupo quedó conformado por 19 pacientes.

La media de edad fue de 53 años en el grupo de intervención y 55 en el grupo de lista de espera; la mayoría de las participantes son amas de casa, están casadas y reportan un nivel socioeconómico medio, los porcentajes por grupo se describen en la tabla 1. Respecto a las variables médicas, la mayoría de las participantes fueron diagnosticadas en etapa II con carcinoma ductal infiltrante; más del 50% de cada grupo recibió quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia con tamoxifeno y/o mastectomía radical modificada, en la tabla 2 se detallan los porcentajes y el resto de las variables médicas por grupo.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas

Variable	TCC n=20	Lista de espera n=19
<i>Edad (años)</i>	53.3 [6.6]*	55.7 [7.8]*
<i>Ocupación</i>		
Ama de casa	12/18(60%)	16/19 (84.2%)
Empleada	6/18 (30%)	3/19 (15.8%)
<i>Estado civil</i>		
Casada	10/18 (50%)	13/19 (68.4%)
Soltera	4/18 (20%)	1/19 (5.3%)
Viuda	3/18 (15%)	1/19 (5.3%)
Separada/Divorciada	0	3/19 (15.8%)
Unión libre	1/18 (5%)	0
Con pareja (no viven juntos)	0	1/19 (5.3%)
<i>Nivel educativo</i>		
Sin estudios	1/18 (5%)	0
Primaria	2/18 (10%)	5/19 (26.3%)
Secundaria	5/18 (25%)	8/19 (42.1%)
Bachillerato	10/18 (50%)	5/19 (26.3%)
Licenciatura	0	1/19 (5.3%)
<i>Años de escolaridad</i>	9.7 [3.2]*	9.4 [3.4]*
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Bajo	1/18 (5%)	3/18 (15.8%)
Medio-bajo	6/18 (30%)	9/18 (47.4%)
Medio	10/18 (50%)	6/18 (31.6%)
Alto	1/18 (5%)	0
<i>Número de hijos</i>	1.8 [1.2]*	2.6 [1.4]*
<i>Vive con</i>		
Familia nuclear	6/18 (30%)	9/19 (47.4%)
Hijo(s)	4/18 (20%)	5/19 (26.3%)
Pareja	5/18 (25%)	1/19 (5.3%)
Familia compuesta	2/18 (10%)	3/19 (15.8%)
Padres	1/18 (5%)	1/19 (5.3%)
<i>Dependencia económica</i>		
Pareja	9/18 (45%)	11/19 (57.9%)
Ella misma	8/18 (40%)	5/19 (26.3%)
Hijos	1/18 (5%)	3/19 (15.8%)
<i>Consumo de tabaco</i>	2/18 (10%)	3/19 (15.8%)
<i>Hace ejercicio</i>	9/18 (45%)	7/19 (36.8%)
<i>Consumo de alcohol</i>	1/18 (5%)	0

Nota: Descripción estadística de las variables sociodemográficas de la muestra. Se muestran frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, así como la *n* por grupo.

*[DE]

Tabla 2.

Variables médicas

Variable	TCC n=20	GCLE n=19
<i>Tiempo desde el diagnóstico (meses)</i>	75.05 [28.7]*	64.42 [24.89]*
<i>Etapa clínica</i>		
0	1/18 (5%)	0
I	1/18 (5%)	5/19 (26.3%)
II	10/18 (50%)	7/19 (36.8%)
III	6/18 (30%)	7/19 (36.8%)
<i>Tipo de cáncer</i>		
Carcinoma ductal infiltrante	12/18 (60%)	10/19 (52.6%)
Carcinoma lobulillar infiltrante	1/18 (5%)	5/19 (26.3%)
Adenocarcinoma infiltrante	1/18 (5%)	1/19 (5.3%)
Papiloma intraductal	1/18 (5%)	0
Carcinoma in situ	1/18 (5%)	0
Carcinoma nucinoso puro	1/18 (5%)	0
Carcinoma ductal invasivo	0	2/19 (10.5%)
Carcinoma lobulillar invasivo	0	1/19 (5.3%)
Varios	1/18 (5%)	0
<i>HER 2 positivo</i>	4/19 (20%)	4/18 (21.1%)
<i>RE Positivo</i>	14/19 (70%)	14/18 (73.7%)
<i>RP Positivo</i>	9/19 (45%)	14/18 (73.7%)
<i>Supervivencia (meses)</i>	45.58 [32.21]*	37.47 [24.71]*
<i>Quimioterapia neoadyuvante</i>	7/19 (35%)	5/19 (26.3%)
<i>Número de Quimioterapias neoadyuvantes</i>	3.8 [6.01]*	2 [4.09]*
<i>Cirugía conservadora</i>	6/19 (30%)	3/19 (15.8)
<i>Mastectomía radical modificada</i>	13/19 (65%)	16/19 (84.2%)
<i>Quimioterapia adyuvante</i>	13/19 (65%)	13/19 (68.4%)
<i>Número de Quimioterapias adyuvantes</i>	4.9 [5.03]*	6.4 [6.8]*
<i>Radioterapia</i>	13/19 (65%)	15/19 (78.9%)
<i>Número de Radioterapias</i>	14.3 [11.7]*	16.6 [10.07]*
<i>Hormonoterapia</i>	14/19 (70%)	15/19 (78.9%)
<i>Tipo de Hormonoterapia</i>		
Ninguno	5/19 (25%)	4/19 (21.1%)
Tamoxifeno	10/19 (50%)	11/19 (57.9%)
Letrozol	3/19 (15%)	1/19 (5.3%)
Varios	1/19 (5%)	3/19 (15.8%)
<i>Con comorbilidad</i>	4/19 (20%)	12/19 (63.2%)
<i>Control de comorbilidades</i>	4/4 (100%)	10/12 (83.3%)
<i>Atención psicológica previa</i>	4/19 (20%)	4/19 (21.1%)

Nota: Descripción estadística de variables relacionadas a la enfermedad, su tratamiento, comorbilidades y atención psicológica. Se muestran frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, así como la *n* por grupo.

*[DE]

Escenario

El reclutamiento de las participantes se realizó en la sala de espera del servicio de Oncología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional “La Raza”. Las intervenciones se realizaron de manera individual en consultorios dentro del mismo hospital.

Instrumentos

La sintomatología depresiva fue medida con la versión validada en mujeres mexicanas por Salgado-De Snyder y Maldonado (1994) de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés) originalmente desarrollada por Radloff (1977) (Ver anexo 2). Esta escala está diseñada para identificar los factores de riesgo asociado con la depresión; consta de 20 reactivos divididos en cuatro fases (afecto depresivo, afecto positivo, interpersonal y actividad disminuida) que representan los componentes más importantes de la sintomatología depresiva y que presentan un alfa de Cronbach de 0.92. A partir de un análisis factorial con rotación varimax se encontró una explicación del 57.5% de la varianza y mostró validez de criterio mediante la correlación significativa del factor I y las escalas: *Autoestima de Coopersmith* y *SCL-90*. Evalúa la sintomatología depresiva que se presentó durante la última semana con opciones de respuesta tipo Likert donde 0=ningún día o menos de un día, 1=de uno a dos días, 2=de tres a cuatro días y 3=de cinco a siete días. Los reactivos 4, 8, 12 y 16 (Factor: afecto positivo), invierten su puntuación de 4 a 0. La puntuación total de la escala es de 60 con un punto de corte en 16 puntos para determinar niveles clínicos de depresión (Salgado-De Snyder y Maldonado, 1994).

Disfunciones cognitivas leves: Con el objetivo de identificar disfunciones cognitivas leves se empleó la Evaluación Cognitiva Montreal (*MoCA*) (ver anexo 3), adaptada a población mexicana por Rodríguez-Bores, Saracco-Álvarez, Escamilla-Orozco y Fresán (2014) y

originalmente desarrollada por Nasreddine (2005), la cual tiene un alpha de cronbach de 0.71 y presentó una elevada correlación (validez concurrente) con el *MMSE* (0.62) y con la subescala cognitiva del *PANSS* (-0.55). Este instrumento está dividido en ocho secciones que examinan habilidades de atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. Cada sección se evalúa por medio de puntos que varían de 1 a 6. Al final se suman los puntajes de cada sección, el total máximo que se puede obtener es de 30. El punto de corte para determinar un deterioro cognitivo es mayor a 26 puntos. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos.

Datos demográficos y clínicos: Fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada que recababa datos como: nivel socio-económico, nivel educativo, estado civil, fecha de nacimiento, número de hijos, etapa de la enfermedad, fecha de diagnóstico, tipo de tratamiento que siguieron, pronóstico, si las pacientes sufren de alguna otra enfermedad, si las pacientes están siguiendo algún otro tratamiento médico, consumo de alcohol, consumo de tabaco, y práctica de ejercicio físico (ver anexo 4).

Diseño

Ensayo piloto controlado aleatorizado con lista de espera. Este diseño se consideró el más adecuado debido a la nula investigación con componentes de la TCC en la población seleccionada en México, intervenciones que han mostrado eficacia a nivel internacional. De acuerdo con la literatura, un estudio piloto ofrece la posibilidad de sondear la viabilidad de una intervención y del cual se obtienen sugerencias importantes para llevar a cabo un estudio más grande reduciendo así el riesgo de fracaso de una intervención por cuestiones de reclutamiento, aleatorización; duración, formato y características de la intervención; la respuesta o

disponibilidad de las participantes ante el tratamiento, entre otros (Haxby, 2014; Leon, Davis y Kraemer, 2011). De esta forma, este diseño permite alcanzar los objetivos planteados en este estudio referentes a la comparación de los resultados obtenidos con la literatura internacional con la intención de ofrecer sugerencias de modificación en los componentes de la intervención, reclutamiento, aleatorización y procedimiento a futuras investigaciones.

Adicionalmente, por cuestiones éticas se empleó un grupo control con lista de espera, el cual recibió la misma intervención dos meses después de iniciado el tratamiento con el grupo de intervención. Este componente está ampliamente recomendado debido al conocimiento del malestar de las pacientes por parte del investigador, mismo que no debería ser ignorado; así mismo se ha encontrado que estar en el grupo de lista de espera no representa una amenaza al beneficio de la intervención ya que no se han encontrado diferencias significativas en los seguimientos realizados (Elliott y Brown, 2002).

Por otro lado, la lista de espera cumple la función de un grupo control, el cual permite al investigador evaluar otras variables como el efecto del tiempo en la variable de respuesta, el efecto de la intervención con medidas como el pre-test y el post-test, la retención de participantes, el efecto placebo, entre otros (Klerman, 1986).

Asignación aleatoria

Se utilizó un programa de aleatorización por bloques computarizado con rango de (1:1) (ver anexo 1) para la asignación a los grupos, este programa se obtuvo de la página www.randomization.com y se utilizó con la intención de controlar variables extrañas y conseguir grupos equivalentes al inicio de la intervención.

Intervenciones

Grupo de intervención: Recibió terapia cognitivo-conductual (TCC, la intervención estuvo compuesta de una sesión de psicoeducación en la cual se brindó información sobre el cáncer, su tratamiento y sus efectos físicos y psicosociales. Además, se hicieron sugerencias respecto a alimentación, ejercicio y autocuidado y se entrenó en el registro de estas conductas, también se consideraron datos como el peso y las medidas del brazo (que tiende a inflamarse después de la mastectomía).

Posteriormente, se utilizaron dos manuales elaborados por Miranda et al. (2006). Uno para el terapeuta donde se incluyen instrucciones específicas y tips para el terapeuta que dirige las sesiones; y uno para la paciente donde se incluye información, ejercicios durante la sesión, ejemplos y registros del estado de ánimo diario, así como otras tareas para casa.

Con la finalidad de ofrecer un tratamiento breve, se decidió retomar los dos primeros módulos de este manual, la elección de los módulos se basó en la vasta evidencia de eficacia de las técnicas empleadas en estos (Ye et al., 2018); el primer módulo es referente a la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo (incluye ejercicios de reestructuración cognitiva); mientras que el segundo tiene que ver con la relación entre las actividades y el estado de ánimo (activación conductual).

La modalidad de la terapia fue individual. La intervención consta de ocho sesiones semanales de aproximadamente dos horas cada una.

El primer módulo (primeras cuatro sesiones) es de reestructuración cognitiva (identificación, análisis y reemplazo de pensamientos dañinos); el segundo módulo es de activación conductual (análisis de actividades, identificación y planificación de actividades

placenteras, establecimiento de metas). La intervención fue dirigida por cinco psicólogas clínicas con grado de maestría que cuentan con experiencia en tratamiento cognitivo conductual. Además de que fueron entrenadas para la aplicación del manual durante un periodo de 6 meses y supervisadas durante el proceso por los responsables del proyecto. Cabe mencionar que, para asegurar que las terapeutas se adherían a la intervención propuesta, se grabaron audios de las sesiones clínicas con el consentimiento de las participantes.

Grupo control en lista de espera: Recibió tratamiento dos meses después de que inició el grupo de intervención, el cual es el tiempo promedio que una paciente tarda en recibir la atención psicológica en el hospital. Posterior a este periodo comenzaron con el tratamiento manualizado para la depresión.

Procedimiento

Se invitó a participar en el estudio a las pacientes presentes en la sala de espera del servicio de oncología del Hospital de gineco-obstetricia del CMN “La Raza” que terminaron con el tratamiento activo, algunas otras fueron referidas por su médico tratante o se les contactó por vía telefónica.

Se les brindó información acerca del estudio y se les pidió firmar un consentimiento informado (ver anexo 5) si estaban de acuerdo en participar. Este formato incluyó las pautas de confidencialidad, anonimato, la posibilidad de participar de manera inmediata o dos meses después, así como la descripción de la intervención y los beneficios de esta, y los datos para solicitar información si es que así lo deseaban. Posterior a esto se evaluó la sintomatología depresiva mediante el cuestionario CESD. Las pacientes con puntajes superiores al punto de corte de la prueba (16) fueron agendadas para una entrevista (T1).

Mediante la entrevista se obtuvieron datos médicos y socioculturales, de igual forma se realizó un tamizaje con la prueba MoCA para descartar deterioro cognitivo. Se complementó la información médica mediante la revisión de los expedientes proporcionados por el hospital. A partir de los resultados de esta entrevista se realizó la selección de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y se llevó a cabo la asignación a los grupos (Grupo de intervención o Grupo control en lista de espera).

La intervención se realizó de manera individual en ambos grupos en un consultorio dentro de las instalaciones del hospital.

Al iniciar la primera sesión se evaluó nuevamente la sintomatología depresiva (T2=pre-test), así como al término del primer módulo (T3=mitad del tratamiento), el día que finalizaron la intervención (T4=Post-test) y tres meses después de concluir con el tratamiento (T5=seguimiento).

Las participantes asignadas al grupo de lista de espera recibieron la intervención dos meses después del inicio del tratamiento en las participantes del grupo de intervención. Una vez que comenzaron con la intervención se evaluó nuevamente la sintomatología depresiva (T2=pre-test), así como al término del primer módulo (T3=mitad del tratamiento), el día que finalizaron la intervención (T4=Post-test) y tres meses después de concluir con el tratamiento (T5=seguimiento)(ver figura 1).

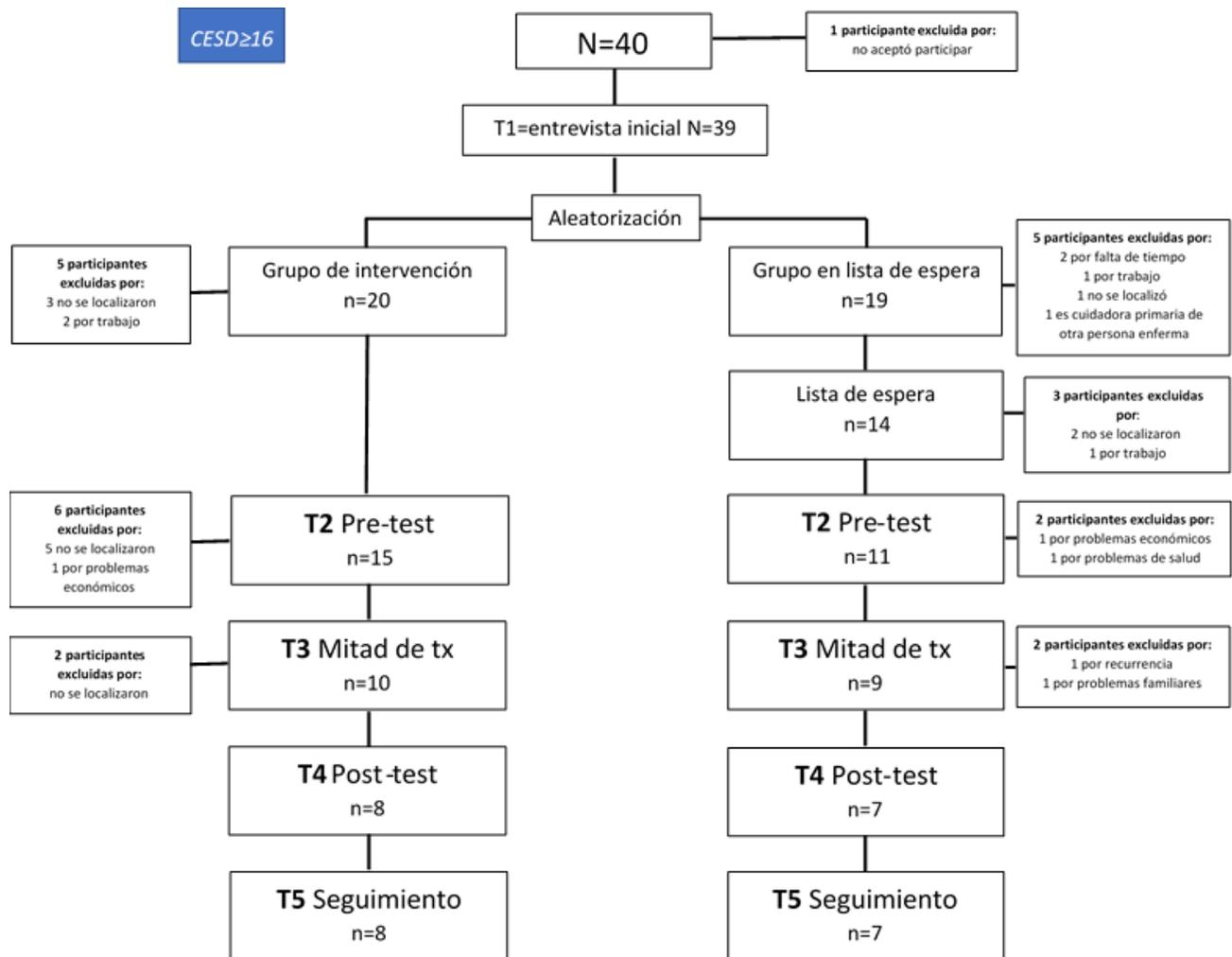


Figura 1. Diagrama de flujo. Se muestra la N inicial y su continuación, la distribución por grupos, las evaluaciones realizadas y la cantidad de participantes perdidas con las razones de abandono.

Es importante mencionar que este estudio es parte de una investigación más amplia, la cual está avalada por el Comité Nacional de Investigación Científica del IMSS con número de registro R-2016-785-088.

Análisis estadísticos

Se empleó estadística descriptiva para evaluar el porcentaje de deserción y retención de las participantes en la intervención y seguimiento, así como el porcentaje de pacientes que completan cada una de las evaluaciones realizadas: T1=evaluación inicial, T2=pre-test, T3=primer módulo o mitad de tratamiento, T4= segundo módulo o post-test y T5=seguimiento.

Para evaluar el efecto preliminar de la terapia cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama se realizó un ANOVA (Análisis de varianza) de dos vías (tiempo y grupo) con medidas repetidas donde se presenta el cambio de la variable dependiente a través de la media de cada una de las cuatro evaluaciones en cada grupo y la interacción entre el tiempo y el grupo al que pertenecen las participantes (ver figura 2). Se optó por esta prueba debido a que los residuos analizados de la variable de respuesta cumplieron con los supuestos de normalidad y homocedasticidad, así mismo, se verificó el supuesto de esfericidad para esta prueba estadística (Coolican, 2005). El análisis se realizó con las 15 pacientes que completaron el seguimiento, y se fijó un nivel de significancia de $\alpha=0.05$.

Posteriormente, se realizó un análisis post-hoc con la prueba *Sidak* para identificar entre qué tiempos se encuentran diferencias estadísticas.

Para identificar el tamaño del efecto se empleó el indicador eta-cuadrado (η^2) utilizado por el mismo ANOVA, este indicador oscila entre 0 y 1, siendo 1 la relación perfecta entre las variables e “indica el porcentaje de variabilidad de la variable de respuesta explicado por la variable categórica” (Molina y Rodrigo, 2014, p7).

Para evaluar el efecto del tiempo de espera en la sintomatología depresiva se compararon las medias del pre-test (T2) de cada grupo mediante una prueba *t de Student* para muestras no relacionadas, prueba que se consideró la más adecuada debido al cumplimiento de los supuestos

de normalidad, del nivel de medición de la variable y de homogeneidad de varianzas de los grupos comparados (Coolican, 2005).

Resultados

En la tabla 3 se muestran las medias y desviaciones estándar de cada grupo derivadas del ANOVA. Como puede observarse, en el grupo de intervención, a partir de la tercera evaluación los valores del CES-D se encuentran por debajo del punto de corte que establece niveles clínicos de sintomatología depresiva (>16) y se mantienen así hasta el seguimiento. Mientras que el grupo de lista de espera logra disminuirlos a partir del pos-test (T4) y este se mantiene en el seguimiento (T5).

Tabla 3.

Medidas y DE de la muestra utilizada para ANOVA de medidas repetidas

Grupo	T2/Pre-test	T3/Mitad de tx	T4/Post-test	T5/Seguimiento
Intervención (8)	31.3 (5.2)	15.6 (3.7)	8 (2.6)	12.6 (3.8)
GCLE (7)	31.4 (5.5)	18 (4.01)	12.8 (2.8)	15.1 (4.07)

Nota: Se muestran medias y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos del CES-D por grupo y tiempos. Se considera únicamente a las participantes que completaron todas las evaluaciones.

En la figura 2 se muestran de manera gráfica los puntajes del CESD reportados en la tabla 3. En esta gráfica se puede observar la evolución de cada grupo respecto a la variable de respuesta, como se puede observar, en el seguimiento se percibe un ligero rebote, sin embargo, dicho rebote no consigue superar el punto de corte del instrumento utilizado, las razones de este fenómeno se comentan en el apartado de discusión.

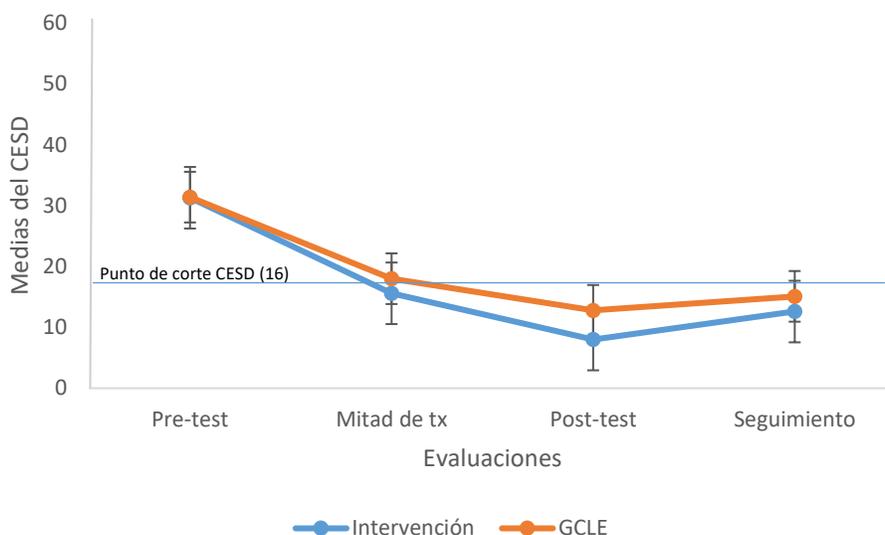


Figura 2. Medias de la evaluación del CES-D por grupo. Se grafican los resultados mencionados en la tabla 3, mostrando así los resultados para el grupo de intervención en la línea color azul y los del grupo control en lista de espera en color naranja. Adicionalmente se muestra el error típico en cada medición y punto de corte del CESD. Nota: GCLE=Grupo control en lista de espera.

El Análisis de varianza también mostró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos [$F(1,13)= 0.627, p=0.443$], ni se presentó interacción entre el tiempo (evaluaciones) y el grupo al que pertenecían [$F(3,39)= 0.399, p=0.754$]. Sin embargo, sí hubo diferencias entre las evaluaciones [$F(3,39)= 11.983, p=0.001$] (ver tabla 4). Al realizar el análisis post-hoc con la prueba *Sidak* se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test (T2) y el resto de las evaluaciones (T3, T4, T5), mientras que el resto de las comparaciones no mostraron significancia estadística (ver tabla 5).

Tabla 4.

ANOVA de medidas repetidas: Tiempo, Grupo e Interacción.

Variable	Tiempo			Grupo			Interacción		
	F	gl	p-valor	F	gl	p-valor	F	gl	p-valor
CESD	11.983	3	0.001	0.627	1	0.443	0.399	3	0.754

Nota: Resultados obtenidos del ANOVA de medidas repetidas utilizando los resultados del CES-D de las participantes que completaron todas las evaluaciones. Se muestra el valor de *F*, los grados de libertad y el valor de *p* de las cuestiones de tiempo, grupo al que pertenecen las participantes, e interacción entre tiempo y grupo.

*gl= grados de libertad

Tabla 5.

Resultados de prueba Post-hoc. Diferencias entre tiempos.

Variable	Tiempo (I)	Tiempo (J)	Diferencia de medias (I-J)	Intervalo de confianza al 95%		P-valor
				LI	LS	
CESD	Pre-test	Mitad	14.946	5.909	23.984	0.001*
		Post-test	19.616	7.649	31.584	0.001*
		Seguimiento	17.518	4.446	30.590	0.007*
	Mitad	Post-test	4.670	-5.050	14.389	0.651
		Seguimiento	2.571	-9.066	14.209	0.985
		Post-test	Seguimiento	-2.098	-13.609	9.413

Nota: Resultados de la prueba post-hoc Sidack. Se muestran las diferencias de medias, los intervalos de confianza al 95% y el valor de p de cada una de las comparaciones entre mediciones del CES-D.

*Diferencias estadísticamente significativas

Además, el ANOVA reportó un tamaño del efecto de $\eta^2=0.48$, lo cual nos indica que se podría asumir que el 48% de la variabilidad de la sintomatología depresiva está explicada por el efecto de la intervención. Este cálculo está íntimamente ligado con la significancia que arroja la prueba y el tamaño de la muestra (Castillo-Blanco y Alegre, 2015), debido a que esta última fue reducida y la pérdida de participantes fue alta, se sugiere usar con precaución estos resultados. Esta limitación se retoma en el apartado de discusión.

Por otro lado, la figura 3 muestra los porcentajes de deserción y retención de las participantes por cada grupo, como puede observarse, el porcentaje de retención en el grupo de intervención es ligeramente mayor que en el grupo de lista de espera.

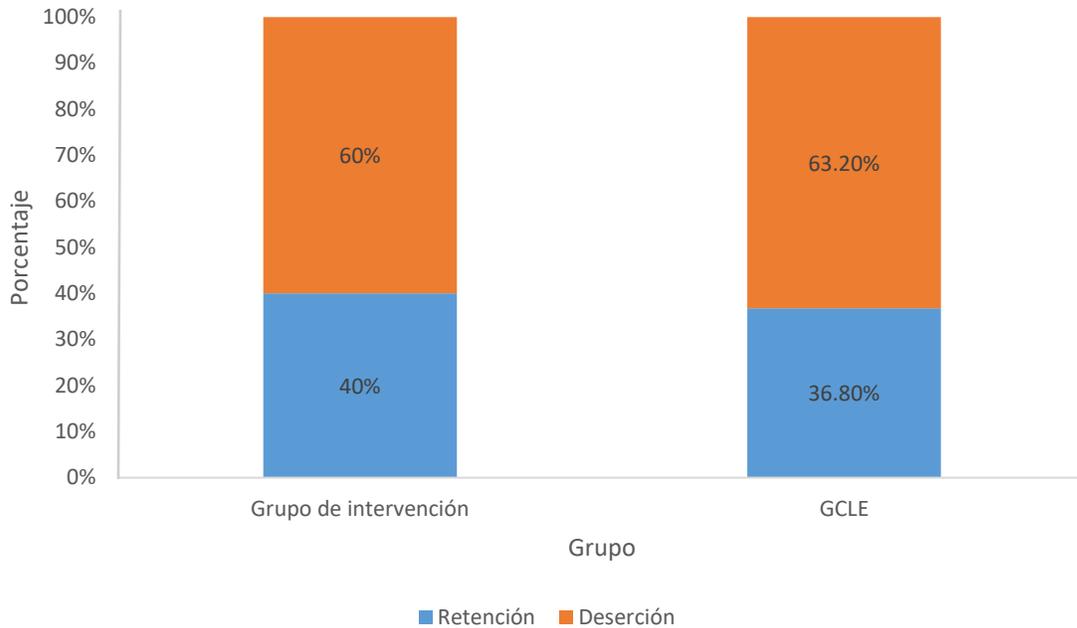


Figura 3. Porcentajes de retención y deserción de las participantes del estudio por cada grupo. En azul se muestra el porcentaje de participantes que se mantuvieron hasta el seguimiento, mientras que en naranja se muestra el porcentaje que desertó a lo largo de las mediciones.
 Nota: GCLE=grupo control en lista de espera.

De manera más detallada, en la figura 4 se observa el porcentaje de pacientes que se mantiene por evaluación en cada grupo. Se puede observar que el conforme se va avanzando en el tiempo, el porcentaje de deserción va disminuyendo. Así, mientras que de la T1 a la T2 se pierden el 25% de las participantes en el grupo de intervención y 42.1% en el grupo control; de la T3 a la T4 este porcentaje disminuye al 10 y 10.5% respectivamente, y para la evaluación de seguimiento ya no se presentan deserciones.

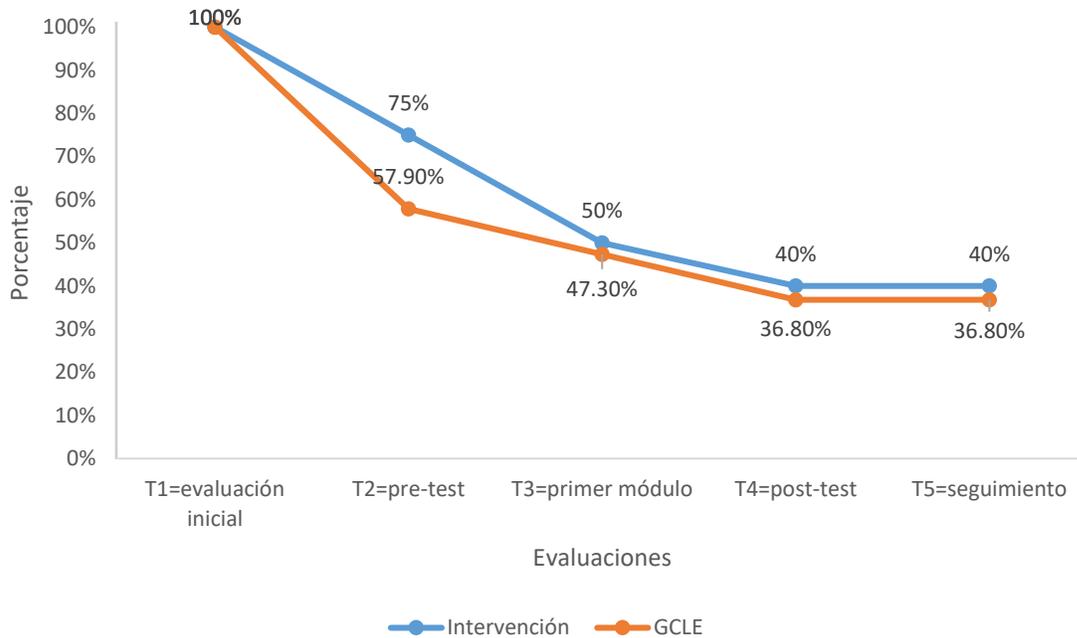


Figura 4. Porcentajes de mantenimiento de las pacientes por evaluación en cada grupo. La línea azul representa al grupo de intervención, mientras que la línea naranja muestra la retención de participantes del grupo control. Nota: GLCE=grupo control en lista de espera.

Finalmente, la prueba *t de Student* para muestras no relacionadas arrojó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al momento de iniciar el tratamiento ($t=-0.173$, $gl=24$, $p=0.864$) (ver tabla 3). Por lo cual se asume que ambos grupos tenían niveles similares de sintomatología depresiva antes de iniciar el tratamiento, y por lo tanto el tiempo de espera no tuvo un efecto significativo en la sintomatología depresiva.

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad de un ECA y el efecto preliminar de una intervención cognitivo conductual sobre sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama. De acuerdo con los resultados preliminares obtenidos en este estudio, es factible decir que la TCC disminuye de manera significativa la sintomatología depresiva en las superviviente de cáncer de mama de este estudio, estos resultados coinciden con las conclusiones obtenidas de revisiones sistemáticas a nivel internacional (Xiao et al.,2016; Ye et al., 2018), así como con estudios realizados en población latinoamericana (Ashing y Rosales, 2014), donde también mostraron que la TCC tiende a presentar mejores resultados sobre la sintomatología depresiva en esta población, que cuando se emplean otros enfoques psicoterapéuticos, esto puede deberse a que lo aprendido en las sesiones terapéuticas tiene un impacto directo en la calidad de vida, lo cual afecta aspectos importantes como: la buena administración de sus medicamentos y la adherencia al tratamiento, la reinserción a su vida social, laboral y familiar, así como su autoestima y su satisfacción personal y de pareja (Duijts, et al., 2014; Hubbeling et al., 2018; Nápoles, et al., 2017).

De la misma manera, se encontró que el efecto de la intervención se mantiene en el seguimiento a tres meses. Este resultado coincide con la literatura revisada (Ashing y Rosales, 2014; Xiao et al., 2016; Ye et al., 2018), la cual plantea un mantenimiento que va desde los tres meses hasta once años posterior al tratamiento, debido al aprendizaje obtenido por parte de las pacientes, quienes son entrenadas en técnicas específicas para manejar conflictos, aprender a reestructurar ideas o creencias distorsionadas, establecer metas, planear, monitorear su estado de ánimo y su estado de salud en general, lo cual permite resolver problemas en el futuro sin necesidad de regresar a terapia. Adicionalmente, en este estudio las pacientes reportaron que el

uso del manual facilitó el aprendizaje y práctica de las técnicas revisadas, así como el manejo de conflictos más allá del tiempo que duró la intervención.

En la evaluación de seguimiento se registró una recuperación no significativa de sintomatología depresiva, este rebote no coincide con la literatura internacional (Ashing y Rosales, 2014; Ye et al., 2018), en donde se reporta que la media de la sintomatología depresiva tiende a mantenerse o a disminuir de manera no significativa durante el periodo de seguimiento. Sin embargo, al realizar una revisión de las evaluaciones de seguimiento caso por caso en este estudio se encontró que las participantes con puntajes elevados habían experimentado eventos adversos en los últimos días, tales como: pérdidas físicas y afectivas, asaltos y problemas económicos graves, estos eventos podrían explicar el ligero aumento en la media de sintomatología depresiva en la última medición. Cabe mencionar que, a pesar de este ligero rebote, la media por grupo se mantuvo por debajo del punto de corte de la prueba (16).

Por otra parte, el tamaño del efecto de la intervención fue mediano (0.48), el cual se encuentra dentro del rango encontrado a nivel internacional (-0.13 a -3-39) de acuerdo a una revisión realizada por Xiao et al. (2016), sin embargo, difiere del tamaño del efecto combinado reportado en un meta-análisis reciente por Ye et al. (2018), estos autores concluyen que el tamaño del efecto de la TCC sobre sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama es grande (-0.94 a -1.28).

Uno de los factores que afectan el tamaño del efecto podría ser al tamaño de la muestra (Molina y Rodrigo, 2014), ya que los estudios considerados en la revisión de Ye et al. (2018) tienen muestras de entre 69 y 303 participantes, mientras que la muestra final del presente trabajo fue de 15 participantes. Esta limitación se discute más adelante.

Tanto el grupo de intervención con el grupo de lista de espera no reportaron diferencias significativas entre sí con respecto a los puntajes de sintomatología depresiva al final de la intervención, lo cual es un resultado esperado ya que ambos grupos recibieron el mismo programa de intervención manualizado. Estos resultados coinciden con los de Savard et al. (2005), quienes siguieron un diseño similar al de este estudio en cuanto a la asignación a los grupos, el tiempo de espera, elementos de la TCC en su intervención, el número de sesiones y el seguimiento, encontrando que los resultados positivos se mantuvieron significativos hasta un año después de la intervención.

Otro objetivo fue evaluar el efecto del tiempo de espera en el grupo control, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, es decir, el tiempo de espera no provocó cambios en la sintomatología depresiva de las participantes. Estudios que utilizaron grupo control en lista de espera reportan resultados similares (Hummel et al., 2018; Savard et al., 2005), al igual que aquellos que emplearon grupo control, ya sea sin tratamiento (Ye et al., 2018), o con un tratamiento alternativo (Xiao et al., 2016). Este resultado está bien fundamentado en la literatura, que expone que el tiempo por sí sólo no siempre genera un cambio en la sintomatología depresiva, sino que es necesario someterse a un tratamiento psicológico y/o farmacológico para mejorar (Ashing-Giwa, et al., 2012; Vodermaier, et al., 2014).

Dentro de las fortalezas metodológicas de este estudio como estudio piloto se encuentran: el uso de un grupo control en lista de espera, lo cual permite evaluar el efecto del tiempo de espera, así como atender la cuestión ética de brindar tratamiento a todas las participantes evaluadas (Elliott y Brown, 2002); fue un estudio doble ciego, es decir, ni las participantes ni las terapeutas conocían la asignación a los grupos, esto evita que los resultados estén influenciados por el sesgo del terapeuta (Cazabat, 2014); se realizó un tamizaje de deterioro cognitivo para

descartar que éste influyera en los resultados de la intervención, ya que autores como Callan et al. (2012) consideran el deterioro cognitivo como una barrera para llevar a cabo la TCC; se realizaron constantes evaluaciones y un seguimiento, lo cual aumenta la validez interna del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2003); además se llevó a cabo una intervención manualizada con terapeutas y evaluadores entrenados y supervisión clínica durante toda la intervención, lo cual ayuda a preservar la integridad del tratamiento (Perepletchikova, 2012); en conjunto estas características brindan un primer marco de referencia para establecer las condiciones necesarias en futuras investigaciones.

Por otro lado, el haber empleado un estudio piloto nos lleva a considerar diferentes limitaciones, tal como el reclutamiento, el cual se sugiere que sea más intensivo considerando que el porcentaje de deserción fue una de las más importantes (40% en el grupo de intervención; 36.8% en el grupo de lista de espera), encontrando la mayor cantidad de pérdidas entre la T1 y la T3, de este modo, se considera que los primeros contactos son cruciales para la selección y permanencia: dentro de las principales causas de deserción reportadas por las participantes se encontraron: problemas económicos, dificultad para trasladarse, problemas físicos, dificultad para asistir por horario de trabajo, ser cuidadora primaria de algún familiar, reducción de sintomatología depresiva, recurrencia y cambio de residencia. Estas causas resultan de gran relevancia para investigaciones futuras donde se espera que consideren este porcentaje para determinar su muestra inicial, o bien, empleen otras estrategias como el uso de incentivos económicos o materiales, y otros medios de comunicación como chat, videollamada, plataforma en línea o llamada telefónica (Ashing y Rosales, 2014; Flores et al., 2014).

Con respecto al manual, se considera que fue una herramienta útil en esta población y resultó sencillo de comprender, ya que el mismo fue utilizado en estudios previos para población

de habla hispana, lo cual facilitó el entendimiento del mismo por parte de las participantes, quienes participaron de manera activa durante las sesiones terapéuticas, porque se tomaban como parte de los ejercicios sus experiencias propias, además de que el formato y lenguaje del manual resultó ser fácil de entender para las pacientes. No obstante, vale la pena llevar a cabo una adaptación cultural más específica podría traer mejores resultados.

Además, la intervención fue breve, lo cual implica menor gasto económico tanto de traslado para las pacientes como de tiempo por ambas partes, y fue más fácil de completar para las participantes, sin embargo, poner a prueba los componentes de la intervención de manera particular, podría ayudar a identificar qué componente generan un mayor beneficio para las pacientes y de esta forma reducir el número de sesiones y evitar la deserción por mejoría percibida (Clark-Carter, 1997). Con respecto a la duración de dos horas por sesión fue un tiempo adecuado para mostrar las técnicas, poner ejemplos y ponerla en práctica.

De igual manera, se considera importante evaluar la inclusión de otras técnicas que han mostrado eficacia en la reducción de malestar emocional, tales como técnicas de relajación, meditación, imaginería guiada, entrenamiento en habilidades sociales y/o manejo del estrés (Ye, et al., 2018) con la intención de potencializar el beneficio de la intervención.

Con respecto con la modalidad de la intervención, la literatura sugiere que en supervivientes de cáncer de mama la modalidad más eficaz es la individual (Xiao et al., 2016) como la propuesta de este protocolo, la cual, según reportaron las participantes de este estudio, ayudó a que se sintieran libres de expresar sus experiencias y las reacciones emocionales a éstas sin sentirse juzgadas.

Sin embargo, dado que la intervención se dio en un ambiente hospitalario, es importante mencionar que no había un espacio específico para dar las sesiones y constantemente había interrupciones, lo cual generaba que las pacientes se distrajeran con facilidad.

Otro aspecto que se pudo observar durante el proceso de intervención, por medio del reporte verbal de las participantes, fue que se impactó en otras variables relacionadas con la depresión, tales como: ansiedad, fatiga, miedo a la recurrencia, calidad de vida, entre otras, que no fueron consideradas para su medición, por lo cual es importante considerar en futuros estudios incluir variables que la literatura considera relevantes y/o concomitantes con respecto a la sintomatología depresiva (Herschbach et al., 2010; Savard et al., 2005; Spahn et al., 2013).

Dentro de esta misma línea, se analizó que, a pesar de que el instrumento CESD es uno de los más usados para medir sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama (Ashing y Rosales, 2014; Calero y Cruzado, 2018; Ye et al., 2018), tiene algunas deficiencias, una importante, como la falta de discriminación de síntomas provocados por la enfermedad y/o el tratamiento y altamente reportados en las supervivientes como: problemas para dormir, falta de concentración, fatiga o falta de apetito (ACSC, 2018; Fallowfield y Jenkins, 2015); y los propios de la depresión. Así como el problema de sesgo por deseabilidad social, el cual es un riesgo latente siempre que se utilizan instrumentos de medición de autorreporte (King y Bruner, 1999). Por lo que se sugiere usar otros instrumentos de medición como los autorregistros o el registro de la conducta de la paciente hecha por un tercero (Chiesa, 1994) e incluso, usar más de un instrumento para medir depresión para aumentar la validez de los resultados (Hernández et al., 2003) o bien, incluir otras evaluaciones que controlen el efecto de estos síntomas provocados por la enfermedad y el tratamiento, tal como se hizo en este estudio con el tamizaje de deterioro cognitivo.

Por lo anterior, se sugiere considerar el presente diseño metodológico y limitaciones de este estudio al momento de usar o interpretar los resultados obtenidos, así mismo, se recomienda continuar con esta línea de investigación integrando las sugerencias aquí propuestas, tales como: aumentar el tamaño de la muestra para poder generalizar los resultados (Arain, Campbell, Cooper y Lancaster, 2010); incluir otras técnicas con evidencia de eficacia, algunas ya mencionadas anteriormente en este trabajo, como técnicas de relajación, imaginación guiada, habilidades sociales, etc. (Xiao et al., 2016); probar con otros medios de comunicación para llegar a más personas en más estados de la república mexicana, etc. Todo esto con el objetivo de conseguir resultados más contundentes y representativos.

No obstante, a partir de los resultados de esta investigación se puede concluir de manera preliminar que la TCC, con componentes de psicoeducación, reestructuración cognitiva y de activación conductual, tuvo un efecto positivo y significativo en la sintomatología depresiva en supervivientes de cáncer de mama, mismos que se mantienen tres meses después de la intervención. Además de que el tiempo de espera no tuvo efecto sobre la sintomatología depresiva, por lo anterior es importante continuar con esta línea de investigación.

Referencias

ACS (2017). Etapas de cáncer de seno. Consultado el 7 de marzo de 2018 en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html>

ACS (2017). Tratamiento. Consultado el 12 de marzo de 2018 en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html#referencias>

ACS (2018). Tratamiento del cáncer de seno: ¿Qué tratamientos se utilizan para el cáncer de seno?.

Recuperado el 10 de julio de 2018, de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>

Aebi, S., Davidson, T., Gruber, G., & Cardoso, F. (2011). Primary breast cancer: ESMO Clinical

Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 22(Supplement 6), vi12–vi24. doi: 10.1093/annonc/mdr371.

Amerian Cancer Society [ACS]. (2016). Acerca del cáncer de seno: ¿Qué es el cáncer de seno?.

Recuperado el 20 de mayo de 2017, de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html#referencias>

American Cancer Society [ACS]. (2016). ¿Puedo hacer algo para prevenir la recurrencia del cáncer?.

Recuperado el 30 de mayo de 2017, de:

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/recurrencia-del-cancer/puedo-hacer-algo-para-prevenir-la-recurrencia-del-cancer.html>

- Arain, M., Campbell, M., Cooper, C. & Lancaster, G. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1). doi: 10.1186/1471-2288-10-67.
- Ashing, K. & Rosales, M. (2014). A telephonic-based trial to reduce depressive symptoms among Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23, 507-515. doi: 10.1002/pon.3441.
- Ashing-Giwa, K., Rosales, M., Lai, L. & Weitzel, J. (2012). Depressive symptomatology among Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(4), 845-853. doi: 10.1002/pon.3084.
- Australian Cancer Survivorship Centre [ACSC]. (2018). Follow-up of breast cancer survivors. Pratt Foundation. Recuperado de:
https://www.petermac.org/sites/default/files/page/downloads/Follow_up_of_Breast_Cancer_Survivors.pdf
- Avis, N., Levine, B., Case, L., Naftalis, E. & Van, K. (2015). Trajectories of depressive symptoms following breast cancer diagnosis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 24(11), 1789-1795. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0327.
- Bouskill, K. & Kramen, M. (2016). The impact of cancer and quality of life among long-term survivors of breast cancer in Austria. *Support Care Cancer*, 24(11), 4705-4712. doi: 10.1007/s00520-016-3319-7.
- Braña-Marcos, B., Carrera-Martínez, D., De la Villa-Santoveña, M., Vegas-Pardavilla, E., Avanzas, S. & García, M. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2), 65-75. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.10.004.

Breastcancer.org (2013). Cómo determinar el tratamiento. Recuperado el 10 de julio de 2018 de:

<https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/determinar>

Breastcancer.org. (2012). Análisis bioquímicos de la sangre. Consultado el 5 de marzo de 2018 en:

http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/bioquimicos_sangre

Breastcancer.org. (2012). Análisis de sangre. Consultado el 5 de marzo de 2018 en:

http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/analisis_sangre

Breastcancer.org. (2012). Biopsia. Consultado el 5 de marzo de 2018 en:

<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/biopsia>

Breastcancer.org. (2012). Detección molecular mamaria por imágenes. Consultado el 5 de marzo de

2018 en: **<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/dmmi>**

Breastcancer.org. (2012). Ecografías. Consultado el 5 de marzo de 2018 en:

<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/ecografias>

Breastcancer.org. (2012). IRM (resonancia magnética) de mama. Consultado el 5 de marzo de 2018 en:

<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/irm>

Breastcancer.org. (2016). Autoexploración de mama. Consultado el día 1 de marzo de 2018 en:

<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion>

Breastcancer.org. (2017). Mamografías. Consultado el 5 de marzo de 2018 en:

<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/mamografias>

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J. Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330(7493), 702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3.

- Calero, R. & Cruzado, J. (2018). La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 75-88.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59177>.
- Callan, J., Dunbar-Jacob, J., Sereika, S., Stone, C., Fasiczka, A., Jarrett, R. & Thase, M. (2012). Barriers to cognitive behavioral therapy homework completion scale-depression version: development and psychometric evaluation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(2), 219-235.
doi: 10.1521/ijct.2012.5.2.219.
- Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer: A qualitative descriptive study. *Cancer Nursing*, 16(5), 354-361.
- Castillo-Blanco, R. & Alegre, A. (2015). Importancia del tamaño del efecto en el análisis de datos de investigación en psicología. *Persona*, 18, 137-148. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428008>
- Cazabat, E. (2014) Diseño doble ciego y el uso de placebos psicológicos en investigación de resultados en psicoterapia: es posible? Un estudio piloto de viabilidad. *Interdisciplinaria*, 31(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272014000100005
- Clark-Carter, D. (1997). *Investigación cuantitativa en psicología*. Del diseño experimental al reporte de investigación. Oxford University Press.
- Chiesa, M. (1994). *Radical Behaviorism. The Philosophy and the Science*. USA, Boston: Authors Cooperative, Inc., Publishers.

- Cook, S., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P. & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology, 34*(3), 207-215. doi: 10.1037/hea0000096.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. México: Manual Moderno.
- Deimling, G., Kahana, B., Bowman, K. & Schaefer, M. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology, 11*, 479-494. doi: 10.1002/pon.614.
- Di Matteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: A meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine, 160*, 2101-2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101.
- Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 62*(4), 499-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x.
- Duijts, S., Egmond, M., Spelten, E., Muijen, P., Anema, J. & Beek, A. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology, 23*, 481-492. doi: 10.1002/pon.3467.
- Elliott, S. & Brown, J. (2002). What are we doing to waiting list controls?. *Behavior Research and Therapy, 40*(9), 1047-1052.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2015). Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer: Are We Doing Better?. *National Cancer Institute, 107*(1), 1-5. doi: 10.1093/jnci/dju335.

- Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparen, P., Ye, W., Adami, H. O. & Valdimarsdottir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, 366, 1310-1318. doi: 10.1056/NEJMoa1110307.
- Flores, L., Cárdenas, G., Durán, X. & de la Rosa, A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229002>
- Gartlehner, G., Hansen, R., Morgan, L., Thaler, K., Lux, L., Van Noord, M., Mager, U., Thieda., P., Gaynes, B., Wilkins, T., Strobelberger, M., Lloyd, S., Reichenpfader, U., & Lohr, K. (2011). Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder. *Annals of Internal Medicine*, 155, 772-785.
doi: 10.7326/0003-4819-155-11-201112060-00009.
- Gil, F., Costa, G., Hilker, I. & Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress Health*, 28(5), 362-367. doi: 10.1002/smi.2445.
- Haxby, J. (2014). The distinction between randomized clinical trials (RCTs) and preliminary feasibility and pilot studies: What they are and are not. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 44(8), 555-558. doi:10.2519/jospt.2014.0110.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.

- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P. Waadt, S., Duran, G., Engst, U. & Henrich, G. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer*, 18, 471-479. doi: 10.1007/s00520-009-0696-1.
- Howard-Anderson, J., Ganz, P., Bower, J. & Stanton, A. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral outcomes in young breast cancer survivors: a systematic review. *JNCI*, 104(5), 386-405. doi: 10.1093/jnci/djr541.
- Hubbeling, H., Rosenberg, S., González-Robledo, M., Cohn, J., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. & Knaul, F. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico city, Mexico. *PLoS ONE*, 13(5), 1-23. Disponible en: [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0197931](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197931)
- Hummel, S., Van Lankveld, J., Oldenburg, H., Hahn, D., Kieffer, J., Gerritsma, M., Kuenen, M., Bijker, N., Borjstein, P., Heuff, G., Lopes, A., Plaisier, P., Rijna, H., van der Meij, S., van Dulken, E., Vrouwenraets, B., Broomans, E. & Aaronson, N. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy realizes long-term improvement in the sexual functioning and body image of breast cancer survivors. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1-12. doi:10.1080/0092623X.2017.1408047.
- Instituto Nacional de Cancerología [INCan]. (2018). Registro de supervivientes de cáncer en México. Recuperado de: <https://www.facebook.com/INCANMX/posts/2249249431768591>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2016). Estadística a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre) datos nacionales.
- ISSSTE (2017). Detecta a tiempo el cáncer de mama. Consultado el 2 de marzo de 2018 en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/detecta-a-tiempo-el-cancer-de-mama?idiom=es>

- Keesing, S., Rosenwax, L. & McNamara, B. (2018). The complications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Women's Health, 14*, 1-11. doi:10.1177/1745505718756381.
- Kenyon, M., Mayer, D. & Owens, A. (2014). Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *JOGNN, 43*, 382-398. doi:10.1111/1552-6909.12300.
- Kim, S., Shin, M., Lee, H., Lee, E., Ro, J., Kang, H., Kim, S., Lee, W., Kim, H., Kim, C., Kim, J. & Yun, Y. (2011). Randomized pilot test of a simultaneous stage matched exercise and diet intervention for breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 38*(2), 97-106. doi: 10.1188/11.ONF.E97-E106.
- King, M. & Bruner, G. (1999). Social desirability bias: a neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing, 17*(2), 79-103. Disponible en: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6793\(200002\)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0)
- Klerman, G. (1986). Scientific and ethical considerations in the use of placebo controls in clinical trials in psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin, 22*, 25-29.
- Leon, A., Davis, L. & Kraemer, H. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatry Research, 45*(5), 626-629. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.008.
- Lerma-Talamantes, A., Larios-Jiménez, F., Daneri-Navarro, A. Lerma, C. & Robles-García, R. (2018). Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 8*(1). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65125>

Little, M., Sayers, E. J., Paul, K., & Jordens, C. F. (2000). On surviving cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(10), 501. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680009301001>

Lu, Q., Yeung, N., Man, J., Gallagher, M., Chu, Q. & Deen, S. (2017). Ambivalence over emotional expression, intrusive thoughts, and posttraumatic stress symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 25(10), 3281-3287. doi: 10.1007/s00520-017-3744-2.

Miranda, J., Woo, S., Lagomasino, I., Hepner, K., Wiseman, S. y Muñoz, R. (2006). Terapia cognitivo-conductual en grupo para la depresión. Clínica de tratamiento cognitivo conductual para la depresión, División de Medicina Psicosocial Hospital General de San Francisco, Universidad de California, San Francisco. Disponible en: **<http://hss.semel.ucla.edu/wp-content/uploads/2015/07/CBT-Client-Spanish.pdf>**

Molina, J. & Rodrigo M. (2014). *Interferencia estadística acerca de la relación entre variables (II): el análisis de varianza (ANOVA)*. Universitat de Valencia: Open Course Ware. Disponible en: **http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/estadistica-ii/1est2_t4.pdf**

Montiel, V. & Guerra, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista cubana de salud pública*, 42(2), 332-336. Disponible en: **http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662016000200016**

Muliira, R., Santos, A. & O'Brien, E. (2017). Quality of Life among Female Cancer Survivors in Africa: An Integrative Literature Review, *Asian-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 6-17. doi: 10.4103/2347-5625.199078.

Munder, T., Flükiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C. & Wampold, B. (2018). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-7. Disponible en:

<https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>

Mura, G., Moro, M., Patten, S. & Carta, M. (2014). Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: A systematic review. *CNS Spectr* 19, 496-508. doi:

10.1017/S1092852913000953.

Nápoles, A., Ortiz, C., Santoyo-Olsson, J., Stewart, A., Lee, H., Duron, Y., Dixit, N., Luce, J. & 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: 10.12788/jcso.0325.

Nasreddine, Z., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

National Coalition for Cancer Survivorship. (1986). Consultado el 12 de enero de 2018 en:

<http://www.canceradvocacy.org>

National Institutes of Health (NIH, 2017). Aspectos generales de los exámenes de detección del cáncer (PDQ)-Versión para pacientes. Consultado el 2 de marzo de 2018 en:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion/aspectos-generales-deteccion-paciente-pdq>

Nho, J., Kim, S., Park, M. & Kweon, S. (2018). Symptom cluster and quality of life in breast cancer survivors after cancer treatment in a tertiary hospital in Korea. *European Journal of Cancer Care*, 1-9. doi: 10.1111/ecc.12919.

NIH (2017). Terapia hormonal para el cáncer de seno. Consultado el 15 de marzo de 2018 en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-terapia-hormonal-seno>

NIH (2018). Mutaciones en BRCA: Riesgo de cáncer y pruebas genéticas. Consultado el 6 de marzo de 2018 en: **<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>**

O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104, 419-426. doi: 10.1038/sj.bjc.6606073.

Oberguggenberger, A., Meraner, V., Sztankay, M., Hilbert, A., Hubalek, M., Holzner, B., Gamper, E., Kemmler, E., Baumgartner, T., Lackinger, I., Sperner-Unterweger, B. & Mangweth-Matzek, B. (2018). Health behavior and quality of life outcome in breast cancer survivors: Prevalence rates and predictors. *Clinical Breast Cancer*, 18(1), 38-44. doi: 10.1016/j.clbc.2017.09.008.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Cáncer de mama: Prevención y Control en Temas de Salud. Recuperado el 23 de febrero de 2017, de:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado el 27 de febrero de 2017, de: **<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>**

Perepletchikova, F. (2012). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology, 18*(2), 148-153.
doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01246.x.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
doi:10.1177/014662167700100306.

Rey, R., Pita, S., Cereijo, C., Seoane, M., Balboa, V. & González, C. (2017). Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana Enfermagem, 25*, 1-13. DOI: 10.1590/1518-8345.2258.2958.

Rodríguez-Bores, R., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Orozco, R., & 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. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000600010&script=sci_abstract

Salgado-de Snyder, V. & Maldonado M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública Mex, 36*, 200–209. Disponible en:
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5749/6358>

Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology, 23*(25), 6083-6096. doi: 10.1200/JCO.2005.09.548

Schwarz, R., Krauss, O., Höckel, M., Meyer, A., Zenger, M. & Hinz, A. (2008). The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care, 3*, 417-422. doi: 10.1159/000177654.

Servaes, P., Verhagen, C. & Beijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *European Journal of Cancer*, 38(1), 27-43.

Disponibile en: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(01\)00332-X](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(01)00332-X)

Shi, Q., Smith, T. G., Michonski, J. D., Stein, K. D., Kaw, C. & Cleeland, C. S. (2011). Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis. *Cancer*, 117(12), 2779-2790. doi:

10.1002/cncr.26146.

Simonelli, C., Annunziata, M. A., Chimienti, E., Berretta, M. & Tirelli, U. (2008). Cancer survivorship: a challenge for the European oncologists. *Annals of oncology*, 19(7), 1216-1217. Disponibile en:

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdn384>

Spahn, G., Choi, K., Kennemann, C., Lüdtke, R., Franken, U., Langhorst, J., Paul, A. & Dobos, G.

(2013). Can a multimodal mind-body program enhance the treatment effect of physical activity in breast cancer survivors with chronic tumor-associated fatigue? A randomized controlled trial.

Integrative cancer therapies, 12(4), 294-300. doi: 10.1177/1534735413492727.

Surbone, A., Annunziata, M. A., Santoro, A., Tirelli, U. & Tralongo, P. (2013). Cancer patients and survivors: changing words or changing culture?. *Annals of oncology*, 24(10), 2468-2471.

Disponibile en: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt229>

Swanick, C., Lei, X., Xu, Y., Shen, Y., Goodwin, N., Smith, G., Giordano, S., Hunt, K., Jagsi, R.,

Simona, D., Peterson, S. & Smith, B. (2018). Long-term patient-reported outcomes in older

breast cancer survivors: A Population-Based Survey Study. *International Journal of Radiation*

Oncology Biology Physics, 100(4), 882-890. doi: 10.1016/j.ijrobp.2017.11.047.

Torres, E., Dixon, C. & Richman, A. (2015). Understanding the breast cancer experience of survivors: a qualitative study of African American women in rural Eastern North Carolina. *Journal of cancer education*, 31(1), 198-206. doi: 10.1007/s13187-015-0833-0.

Trivedi, M., Rush, J., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Warden, D., Ritz, L., Norquist, G., Howland, R., Lebowitz, B., McGrath, P., Shores-Wilson, K., Biggs, M., Balasubramani, G. & Fava, M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 28-40. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org>

Twombly, R. (2004). What's in a name: who is a cancer survivor?. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(19), 1414–1415. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jnci/96.19.1414>

Van-Leeuwen, M., Husson, O., Alberti, P., Arraras, J., Chinot, O., Costantini, A., Darlington, A., Dirven, L., Eichler, M., Hammerlid, E., Holzner, B., Johnson, C., Kontogianni, M., Kjaer, T., Morag, O., Nolte, S., Nordin, A., Pace, A., Pinto, M., Polz, K., Ramage, J., Reijneveld, J., Serpentine, S., Tomaszewski, K., Vassiliou, V., Leeuw, I., Vistad, I., Young, T., Aaronson, N. & Poll-Franse, L. (2018). Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0920-0>

Xiao, F., Song, X., Chen, Q., Dai, Y., Xu, R., Qiu, C. & Guo, Q. (2017). Effectiveness of psychological interventions on depression in patients after breast cancer surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Breast Cancer*, 17(3), 171-179. doi: 10.1016/j.clbc.2016.11.003.

- Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., Jiang, P., Dong, N., He, L., Liang, S., Yu, C., Zhang, J., Ding, Z. & Liu, Z. (2018). A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1695-1703. doi: 10.1002/pon.4687.
- Yi, J. & Syrjala, K. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099-1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005.

Anexos

ANEXO 1. Plan de aleatorización

1.

GCLE

TCC
2.

GCLE

TCC
3.

GCLE

TCC
4.

TCC

GCLE
5.

GCLE

TCC
6.

TCC

GCLE
7.

TCC

GCLE
8.

GCLE

TCC
9.

TCC

GCLE

10. _____
GCLE
TCC
11. _____
GCLE
TCC
12. _____
TCC
GCLE
13. _____
TCC
GCLE
14. _____
TCC
GCLE
15. _____
TCC
GCLE
16. _____
TCC
GCLE
17. _____
GCLE
TCC
18. _____
GCLE
TCC
19. _____
GCLE

20. TCC

21. TCC
GCLE

22. TCC
GCLE

23. GCLE
TCC

24. TCC
GCLE

25. TCC
GCLE

26. GCLE
TCC

27. GCLE
TCC

28. GCLE
TCC

29. _____

30. GCLE
TCC
-
31. TCC
GCLE
-
32. TCC
GCLE
-
33. GCLE
TCC
-
34. TCC
GCLE
-
35. TCC
GCLE
-
36. TCC
GCLE
-
37. TCC
GCLE
-
38. GCLE
TCC

39. _____

GCLE

TCC

40. _____

GCLE

TCC

40 sujetos aleatorizados en dos bloques

Para reproducir este plan, usó el número 4531

Plan de aleatorización creado el 28 de marzo de 2016 10:52:04 GMT-6

www.randomization.com

ANEXO 2. CES-D

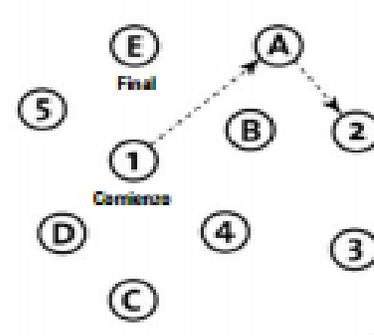
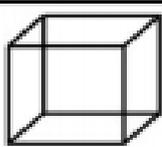
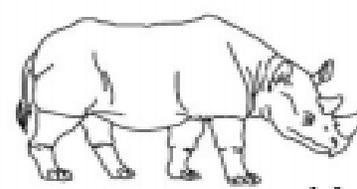
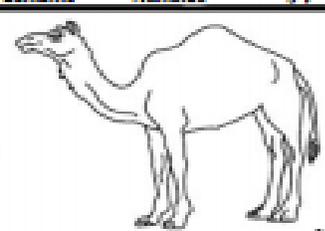
CES-D

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

ANEXO 3. MoCA
Evaluación Cognitiva Montreal

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: Nivel de estudios: Sexo:		Fecha de nacimiento: FECHA:				
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA				 Copiar el cubo	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos	
		[]	[]	[]	[]	[]	___/5	
IDENTIFICACIÓN		 []		 []		 []		___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recordarlas 3 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. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B						___/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	
LENGUAJE	Repita: El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. [] Espere que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []						___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen 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	
		[]	[]	[]	[]	[]		
Opcional	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 ≥ 25 / 30		TOTAL ___/30 Añadir 1 punto al total < 12 años de estudios				

**ANEXO 4. Evaluación inicial
T1**

Número de encuestada:.....

Hora de inicio:.....

Entrevistador:.....

.....

Información de contacto de la paciente

Nombre:.....

.....

Teléfono	Correo
fijo:.....	electrónico:.....
Teléfono	Ciudad de
móvil:.....	residencia:.....

Sección 1. Datos socio-demográficos

<p>5. Número total de años de escolaridad:.....</p>	
<p>6. ¿Cuál es el lugar en el que cree que se ubicaría su familia en función de su nivel socioeconómico?</p> <p><input type="checkbox"/> Alto</p> <p><input type="checkbox"/> Medio-alto</p> <p><input type="checkbox"/> Medio</p> <p><input type="checkbox"/> Medio-bajo</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo</p>	<p>7. Número de hijos (vivos):</p> <p><input type="checkbox"/> De 0 a 3 años</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 7 años</p> <p><input type="checkbox"/> De 8 a 12 años</p> <p><input type="checkbox"/> De 13 a 18 años</p> <p><input type="checkbox"/> Mayores de 18 años</p> <p><i>(Escribir en el recuadro el número de hijos para cada categoría).</i></p>
<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

<p>Acontecimientos relevantes y salud</p>	
<p>1. ¿Aparte del cáncer de mama, ha ocurrido algún acontecimiento relevante en su vida que en la actualidad le siga afectando?</p>	<p>2. ¿Hay alguien entre sus familiares más cercanos que sufra o haya sufrido alguna enfermedad crónica?</p>

<input type="checkbox"/> Sí (especificar acontecimiento y cuando ocurrió):..... <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí (especificar enfermedad): <input type="checkbox"/> No										
3. ¿Fuma? En caso afirmativo indique el número aproximado de cigarrillos diarios. <input type="checkbox"/> No fumo <input type="checkbox"/> Menos de 10 cigarrillos <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 cigarrillos <input type="checkbox"/> Más de 20 cigarrillos diarios	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. <input type="checkbox"/> No bebo alcohol										
4. ¿Hace ejercicio físico (salir a caminar, subir escaleras, o la práctica de algún deporte en específico)? <input type="checkbox"/> Sí (especificar actividad física y frecuencia):..... <input type="checkbox"/> No	<table border="0"> <tr> <td>Número de copas</td> <td>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)										

Sección 3. Datos médicos

Datos del diagnóstico médico y antecedentes patológicos

1. Indique la fecha en la que recibió su

diagnóstico:

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

Día Mes Año

5. ¿Padece algunas otras enfermedades?

Sí

(especificar):.....

.....

2. Etapa del

cáncer:.....

No

.....

3. Indique la fecha en que concluyó su

tratamiento:

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

Día Mes Año

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

Sí

(especificar):.....

...

4. ¿Qué tipo de tratamiento siguió?

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

ANEXO 5. Carta de consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetría No.3

“Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez”

Centro Médico Nacional “La Raza



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA:
UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO**

El estudio será patrocinado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

México D.F. a _____ de _____ del año _____

Número de registro: _____

Estimada participante:

Por este medio, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Facultad de Psicología de la UNAM y la Universidad de Groningen en Holanda, le extendemos la más cordial invitación a participar en el programa de apoyo psicológico, que se brinda sin costo alguno a las personas que han pasado por un tratamiento oncológico y que en este momento se encuentran libre de enfermedad.

Justificación del estudio: Sabemos que concluir el tratamiento para el cáncer de mama puede representar un gran logro, sin embargo aún pueden existir aspectos de nuestra vida o con respecto a la enfermedad que podrían generar malestar emocional. En México la investigación sobre padecimientos psicológicos y bienestar emocional para las pacientes con cáncer de mama aún es escasa, no obstante, algunos estudios han reportado los porcentajes de depresión en pacientes con cáncer de mama varían entre 9.4 y 66 por ciento. La mayoría de las pacientes que reportan niveles de depresión no reciben la atención adecuada y esto deteriora su calidad de vida.

El objetivo de este estudio es:

Por lo tanto, nuestro objetivo es evaluar el efecto, de la terapia cognitivo-conductual, sobre la sintomatología depresiva en pacientes mexicanas con cáncer de mama que ha concluido tratamiento activo.

.

Procedimientos:

Su participación es voluntaria, en caso de interesarle recibir la atención que le ofrecemos, su participación consistirá en:

- Responder a un conjunto de cuestionarios que contienen preguntas acerca de su estado emocional, en diferentes ocasiones a lo largo del estudio por medio de una entrevista.
- Asistir al hospital a 8 sesiones individuales de terapia psicológica con las que buscamos que las pacientes puedan manejar los pensamientos y emociones negativas derivadas de su enfermedad. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos y será provista por una psicóloga debidamente entrenada para ello.

- Las pacientes serán divididas en dos grupos, con un grupo se comenzará la terapia en corto tiempo y el otro grupo recibirá el tratamiento cuando termine el tratamiento del primer grupo, de manera que todas las pacientes reciban la terapia, solo que en diferentes momentos.
- Usted podrá ser asignada a la suerte a uno u otro grupo.

Posibles riesgos y molestias:

No existen riesgos mayores al participar en este estudio, ya que esta investigación no implica la administración de fármacos, y no se prevén molestias o riesgos derivados del presente estudio que puedan perjudicar su salud.

Por otro lado, le informamos que la duración de las escalas de evaluación le tomará aproximadamente 15 minutos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Como beneficios del presente estudio se espera que al término de la intervención la mayoría de las participantes mejoren su bienestar emocional.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Si usted requiere información sobre los resultados del estudio, se le podrán proporcionar solicitándolo directamente al investigador responsable Dr. Ricardo Villalobos Valencia. Si los resultados de su intervención indican que usted presenta alguna alteración importante en su estado de ánimo, será referida con un médico especialista en psiquiatría.

Participación o retiro:

Usted puede negarse a participar. Usted puede cambiar de opinión acerca de seguir participando en el estudio y dejarlo aun cuando ya haya empezado. Si nosotros encontramos información importante durante el transcurso de nuestro estudio, esta se le dará a conocer también, aunque ya esté fuera del mismo. Su rechazo a participar o la salida del mismo, no tendrá ningún tipo de repercusión en su atención en esta institución.

Privacidad y confidencialidad:

Solo los investigadores analizarán toda la información y resultados generados en este estudio. Los datos de la investigación de este estudio serán publicados en revistas científicas pero serán presentados por grupo solamente, para proteger la identidad de los participantes usted será identificado por un número y su nombre no será usado.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Ricardo Villalobos Valencia

Servicio de Oncología Médica del Hospital De Ginecología Y Obstetricia Del Centro Médico

Nacional La Raza IMSS

Domicilio. Seris y Antonio Valeriano SN Col La Raza Tel 57245900 ext. 23768

Correo: ricardo.villalobos@imss.gob.mx

Mtra. Aime Edith Martínez Basurto

Departamento de Medicina Conductual. Facultad de Psicología de la UNAM.

Domicilio: Av. Universidad 3004, Copilco Universidad, Cd. Universitaria, 04510 Ciudad de México. Teléfono: 555.6222311

e-mail: aimedith@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque “B ” de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del aceptante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre y firma _____

Relación con el aceptante _____

Dirección _____

Testigo 2

Nombre y firma _____

Relación con el aceptante _____

Dirección _____