



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Efecto de una intervención basada en terapia de
aceptación y compromiso sobre calidad de vida y
sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres con
cáncer de mama

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

Maestra en Psicología

Presenta:

Erika Noemí Gutiérrez López

DIRECTORA: DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN: Instituto Nacional de Ciencias Médicas

y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ)

COMITÉ

Dr. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA: Facultad de Psicología, UNAM.

DRA. NATASHA ALCÓCER CASTILLEJOS: INCMNSZ.

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS: Facultad de Contaduría y Administración, UNAM.

MTRA. PAULINA QUIROZ FRIEDMAN: INCMNSZ

Ciudad de México, enero 2021



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

Me gustaría comenzar por agradecer a mis padres Silverio y Rocio, por siempre creer en mí y educarme, a mi compañero de vida, Juan Carlos, por su gran apoyo y motivación, para continuar con mi formación profesional y de vida. A todas las personas involucradas en esta investigación ,específico a quien colaboró en los grupos terapéuticos y que ahora puedo llamar amigas: Joselyn, Pau Quiroz, Tania Ortega y Xiadani Rodea. Desde luego a todos los pacientes que depositaron su confianza en nosotros.

Agradezco a todo el grupo de Nutri: Naty, Lore, Pau y todos los compañeros que conocí, cada uno me enseñó muchísimo sobre psicología y han contribuido a mi formación. Sin lugar a dudas agradezco a mi tutora Sofía Sánchez, quien fue mi más grande apoyo para lograr culminar mi proyecto, gracias por todo el aprendizaje y por el tiempo dedicado en mi formación profesional y personal, te admiro muchísimo.

Quiero hacer una gran mención para agradecer al programa de Medicina Conductual, que me ha formado como un profesional de calidad y con estándares científicos y éticos que honro y valoro . Agradezco mucho a mis profesores en específico a la Dra. Angélica Riveros y al Dr. Juan José Sánchez Sosa, que además de ser grandes ejemplos de Profesionales de la salud mental, también lo son como seres humanos.

Deseo que esta investigación pueda ser fuente de ayuda para quienes atienden a personas que cursan con cáncer de mamá, y que los profesionales de la salud mental, puedan continuar haciendo y divulgando investigación para mejorar la vida de las personas.

INDÍCE.....	3
Introducción.....	6
Capítulo 1. Cáncer de mama.....	8
1.1Cáncer	
1.1.1Definición	
1.1.2 Tipos de cáncer	
1.1.3Orígenes de células tumorales	
1.2 Cáncer de mama	
1.2.1Aspectos médicos del cáncer de mama	
1.2.2 Prevalencia	
1.2.3 Impacto a nivel físico	
1.2.4 Tratamiento	
Capítulo 2 Aspectos psicológicos del cáncer de mama.....	25
2.1 Calidad de vida	
2.2 Ansiedad	
2.3 Depresión	
Capítulo 3 intervenciones psicológicas y cáncer de mama.....	33
3.1 Intervenciones dirigidas a la mejoría de la calidad de vida	
3.2 Intervenciones dirigidas a la mejoría de síntomas ansiosos	
3.3 Intervenciones dirigidas a la mejoría de síntomas depresivos	
3.4 Intervenciones basadas en Terapias de Aceptación y Compromiso en cáncer de mama.	
3.4.1 Fundamento de la Terapia de Aceptación y Compromiso	
3.4.2 Premisas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	
3.4.3 Estrategias de Intervención	
Capítulo 4 Diseño y método.....	49
4.1 Objetivos	
4.2 Pregunta de investigación	
4.3 Metodología	
4.4 Características de los participantes	
Capítulo 5	
Resultados.....	64
5.1Análisis de resultados	
Capítulo 6	
Conclusiones.....	74
6.1REFERENCIAS	
6.2 ANEXOS	
6.2.1 Consentimiento informado	
6.2.3 Instrumentos	
6.2.4 Ejercicios	

Resumen

Recibir el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, genera alteraciones en el bienestar físico y psicológico. Se han planteado diversas intervenciones psicológicas, como componente central, para afrontar esos efectos. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) busca aceptar pensamientos, recuerdos, emociones y eventos privados de las personas, para generar mayor flexibilidad y reorientar el comportamiento hacia los valores personales más importantes. ACT ha mostrado potencial para mejorar los síntomas ansiosos y depresivos y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia en pacientes con cáncer de mama, es limitada. Así, el objetivo central del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención basada en ACT, sobre síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida, en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Participaron 49 mujeres, con edad media de 54.05 años, con síntomas de ansiedad y depresión. Se usó un diseño controlado aleatorizado. La intervención en el grupo experimental (n=28) incluyó aplicar cuatro módulos en modalidad grupal durante 16 sesiones. Los módulos incluyeron: 1. manejo de estrés, 2. aceptación de la enfermedad, 3. regulación emocional y 4. apoyo social. El grupo control (n=21) recibió una intervención grupal de tipo psicodinámico de 16 sesiones. El análisis estadístico incluyó análisis de varianza con medidas repetidas. El grupo experimental mostró tendencia clínicamente notoria a reducir síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos experimental, ni control. La calidad de vida mejoró en ambos grupos aunque no fue estadísticamente significativa. Ambos grupos mostraron mejoría estadísticamente significativa en los siguientes componentes de calidad de vida: funcionamiento emocional, impacto económico y preocupación por el futuro. El grupo experimental mostró mejoría en el disfrute sexual comparado con el control. Los resultados sugieren que las intervenciones psicológicas grupales basadas en ACT y en otros fundamentos teóricos mejoran la calidad de vida, probablemente debido al hecho de sentirse escuchadas y apoyadas. El disfrute sexual mejoró sólo con la intervención ACT probablemente debido a haber aprendido mayor atención en el momento presente, la aceptación de experiencias internas sin juzgarlas y el aumento en la conciencia de atención al cuerpo con todos sus sentidos.

Palabras clave: cáncer de mama, síntomas depresivos, síntomas ansiosos, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

Receiving the diagnosis and treatment of breast cancer generates alterations in physical and psychological well-being. Various psychological interventions have been proposed as a central component to deal with these effects. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) seeks to promote acceptance people's thoughts, memories, emotions, and private events to generate greater flexibility and reorient behavior towards critical personal values. ACT has shown the potential to alleviate anxious and depressive symptoms and improve quality of life. However, evidence of its efficacy in breast cancer patients is limited. Thus, the present study's main objective was to evaluate the effect of an ACT-based intervention on symptoms of anxiety, depression, and quality of life in women diagnosed with breast cancer. Forty-nine women with symptoms of anxiety and depression participated, mean age was of 54.05 years,. The study used a randomized controlled design. The experimental group intervention (n=28) included the application of four modules in group modality during 16 sessions. The modules induced: 1. stress management, 2. disease acceptance, 3. emotional regulation, and 4. social support. The control group (n=21) received a psychodynamic group intervention. Statistical analysis included analysis of variance with repeated measures. The experimental group showed a clinically noticeable tendency to reduce symptoms of anxiety and depression. However, there were no statistically significant differences in either group. Quality of life improved in both groups, although not statistically significantly. Both groups showed statistically significant improvement in the following quality of life components: emotional functioning, economic impact, and concern for the future. The experimental group showed improvement in sexual enjoyment compared to the control. The results suggest that group psychological interventions based on ACT and other theoretical foundations improve quality of life, probably due to feel listened to and supported. Sexual enjoyment only enhanced with the ACT intervention, probably due to having learned greater attention to the present moment, acceptance of internal experiences without judgment, and increased awareness of attention to the body with all it's senses.

Key words: breast cáncer, depressive symptoms, anxiety symptoms, Acceptance and Commitment Therapy.

Introducción

Se ha documentado ampliamente que las enfermedades crónicas impactan a numerosas personas en todo el mundo (Huang, Song & Berry, 2018; Schootman, et al. 2007). Entre ellas, el estudio del cáncer ha adquirido gran importancia por considerarse un problema de Salud Pública. En México, el cáncer de mama muestra relevancia epidemiológica pues se considera como la primera causa de muerte en mujeres (Bray et al., 2018).

Se han realizado numerosos estudios sobre el impacto psicosocial del cáncer de mama, debido a su alta prevalencia, su efecto en mujeres de todas las edades y la gran trascendencia de su papel para las mujeres, el cómo genera un gran impacto en los niveles de angustia, ansiedad, depresión, y deterioro en la calidad de vida, que a su vez impactan en el funcionamiento, laboral, cognitivo, familiar y de pareja (Mejía-Rojas et al., 2020).

La mayoría de las intervenciones psicológicas para esta población, se centran en técnicas específicas de reducción de ansiedad, resolución de problemas, relajación y psicoeducación (Cobeanu y David, 2018). Si bien dichas intervenciones han tenido efectos positivos en general, no parece haberse evaluado si alientan a la paciente a mejorar la relación con sus pensamientos, emociones y la experiencia que se está viviendo.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia cognitivo conductual, que busca que las personas, aprendan a tolerar las experiencias internas negativas, en lugar de evitarlas o intentar cambiarlas y ayuda al paciente, a salir del ciclo de la evitación experiencial, para que su comportamiento se mueva en dirección al momento presente, acorde con sus valores personales, comprometiéndose con ellos (Font y Rodríguez, 2017). En sentido clínico resulta importante que esto suceda, ya que es muy común que tras el diagnóstico médico, se genere una cadena de pensamientos desagradables, junto con sentimientos o imágenes negativas

de cómo será el tratamiento, y lo que podría sentir y vivir, sumado al constante estrés que genera el riesgo potencial a la muerte. Todo esto puede ocasionar que los pacientes, intenten evitarlo, generando menos participación activa en sus tratamientos, menos atención al momento presente, más aumento de ansiedad, angustia y añoranza del pasado, que las personas desconozcan sus valores personales que anteriormente los guiaban, resultando ahora el cáncer de mama la guía o el motivante principal de sus vidas, causando efectos en su calidad de vida, así como en la interacción con su entorno.

Es por ello, que generar mayor flexibilidad psicológica, disminuir la conducta de evitación y aceptar aquellos eventos que no se pueden modificar, como es el caso de las enfermedades crónicas, resulta muy importante para el proceso de enfermedad y recuperación de la misma. Por tanto, esta investigación busca medir el efecto de un tratamiento basado en ACT en un grupo de mujeres con cáncer de mama que se atienden en el INCMNSZ, que se encuentran, en los estadios I, II Y III de la enfermedad, mediante un diseño controlado aleatorizado.

En el primer capítulo se abordan los conceptos de cáncer, cáncer de mamá, orígenes, prevalencia y tratamientos médicos. En el segundo se profundiza sobre los efectos psicológicos, con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y su efecto en la calidad de vida. En el capítulo 3, se describen los tratamientos psicológicos, incluido el tratamiento basado en ACT, así como sus fundamentos. Finalmente, en los capítulos 4, 5 y 6 se describen el diseño de investigación, la metodología, los resultados, análisis y conclusiones.

CAPÍTULO 1. CÁNCER DE MAMA

Cáncer

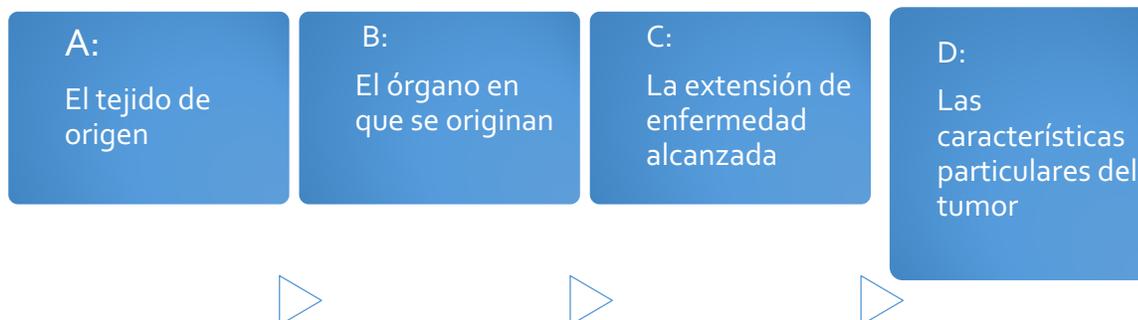
Existen distintas definiciones de cáncer, la *American Cancer Society* lo define como un grupo de enfermedades caracterizado por el crecimiento descontrolado y propagación de células anormales (American Cancer Society, s/f-a). El cáncer es un trastorno en el que los mecanismos de proliferación y muerte celular se encuentren alterados. Se asocia con cambios genéticos que inducen el crecimiento persistente de células tumorales y la supresión de la apoptosis (muerte celular programada), generando una alteración en la transcripción del ADN. Sin embargo, los mecanismos responsables de mantener y reparar el ADN pueden verse afectados por mutaciones. Las mutaciones suelen ocurrir por factores hereditarios o "esporádicos" (agentes mutágenos ambientales) y pueden presentarse en cualquier célula del cuerpo o sólo en las células tumorales. Se genera una alteración en la fisiología del organismo, además de que éstas células pueden migrar e invadir diversos tejidos del cuerpo (metástasis), que en numerosas ocasiones causa la muerte del individuo (Salazar & Paula, 2014).

Tipos de cáncer

La mayoría de los tipos de cáncer se manifiestan principalmente con tumoraciones (neoplasias), que son cualquier masa o "bulto" que se forma en el organismo por el aumento en el número de células. Los tumores se pueden clasificar acorde con el grado de malignidad, es decir la agresividad biológica en: benignos y malignos. Los benignos son de crecimiento lento, localizados, no producen metástasis y rara vez tienden a reaparecer. Los malignos son de crecimiento más rápido, se propagan a otros tejidos y producen metástasis, tienden a reaparecer tras ser extirpados y, sin tratamiento eficaz, pueden provocar la muerte en un periodo variable. La figura 1 presenta la clasificación de los tumores por el tejido de origen, el órgano en que se originan y la extensión de la enfermedad. En la figura 1.1 se encuentra la clasificación de acuerdo a los estadios (National Cancer Institute, s/f).

Figura 1

Clasificación de Tumores



a) El tejido de origen

Tumores epiteliales: conocidos como carcinomas (adenocarcinoma, carcinomas epidermoides o escamosos, de células basales y de transición).

Tumores del tejido de sostén, músculos y vasos: llamados sarcomas (liposarcoma, fibrosarcoma, leiomioma, rabdomiosarcoma, osteosarcoma).

Tumores linforreticulares y hematopoyéticos: linfomas, leucemias, mieloma.

Tumores linforreticulares y hematopoyéticos: linfomas, leucemias, mieloma.

Tumores de melanocitos: melanoma

Tumores de células germinales.

b) El órgano en que se originan

Es decir el órgano en el que inicio el tumor, por ejemplo: mama, colon, recto, riñón, pulmón etc. Dicho origen se denomina **PRIMARIO**, por ejemplo un primario de prostata o de páncreas. Hay órganos que son más probable de desarrollar metástasis con mayor frecuencia como son ganglios, huesos, hígado, pulmón y sistema nervioso central. La afectación a otro órgano no cambia el diagnóstico, sino la extensión.

c) La extensión de la enfermedad

Cuando se determina la extensión se ubica la enfermedad en un estadio:

Para determinar la extensión se describe utilizando el sistema universal llamado TNM: cuyo significado es T por tumor, N por ganglios, y M por metástasis, la combinación de TNM definirá el estadio.

Nota: La figura muestra la clasificación de las neoplasias acorde con origen, órgano en que originan, extensión y características del tumor. Adaptada de información recabada en National Cancer Institute (s/f).

Figura 1.1

Clasificación de Tumores por Estadios

Estadio	Características
0	Tumores in situ o no invasores
I	Tumores pequeños sin compromiso ganglionar
II	Tumores un poco más grandes con compromiso tumoral limitado
III	Tumores localmente avanzados
IV	Metástasis

Nota: En esta tabla se muestra la clasificación de la enfermedad acorde con el grado de extensión. Adaptada de información recabada en National Cancer Institute (s/f).

Orígenes de las células tumorales

El proceso en el cual las células normales se convierten en cancerosas se denomina carcinogénesis y esto sucede debido a alteraciones en el material genético (mutaciones). Estas mutaciones le permiten a una célula la capacidad de dividirse a una tasa mayor y generar una descendencia que conserva esta mutación (clones). Posteriormente, las células hijas permiten generar distintos clones. Estos presentan mayores capacidades de supervivencia y crecimiento, lo que permite generar un clon neoplásico. Normalmente, las células del sistema inmune son capaces de eliminar a estas células tumorales, en un proceso denominado inmunovigilancia tumoral. Sin embargo, algunos de estos clones pueden adquirir nuevas capacidades que les permiten evadir estos mecanismos de control y se desarrolla una neoplasia.

En células humanas normales estos genes se han denominado proto-oncogenes y se relacionan con el crecimiento y proliferación de las células normales. Cuando se encuentran mutados se denominan oncogenes y su mutación es de tipo dominante lo que genera un aumento de supervivencia y proliferación. Se piensa que en una célula normal ocurren diariamente alrededor de 20.000 eventos que dañan el ADN y cerca de 10.000 errores de replicación. Las células poseen mecanismos complejos para la reparación de alteraciones o daño en el ADN, en los que están involucrados los genes de reparación del ADN.

Existen alrededor de 153 genes que participan directamente en la reparación del ADN, cuyos principales mecanismos incluyen la reparación de mal apareamiento (o mismatch), reparación por escisión de base o nucleótido, unión de extremos no homólogos y recombinación homóloga. Algunos ejemplos de estos genes son BRCA1 y 2 (relacionados con el cáncer de mama y ovario), y MSH2, MLH1 y MSH6 (relacionados con cáncer colorrectal hereditario). Cuando ocurren mutaciones en estos genes, hace a las células más sensibles a agentes que dañan el ADN y a la adquisición y

acumulación de nuevas mutaciones que favorecen la carcinogénesis. Algunas personas son portadores de mutaciones en estos genes, lo que se asocia a una mayor susceptibilidad de desarrollar distintos tipos de cáncer. Las mutaciones de los genes responsables de la carcinogénesis pueden ser heredadas o ser adquiridas. Las adquiridas son aquellas que aparecen a lo largo de la vida y pueden estar relacionadas a la exposición de agentes físicos como son: radiaciones ionizantes y ultravioletas.

La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis. Dosis excesivas de rayos x aumentan la propensión a adquirir leucemia, linfomas, sarcomas y tumores de piel. La exposición prolongada a la radiación ultravioleta de los rayos solares, especialmente de la piel blanca, aumenta el riesgo de melanoma. El contacto con sustancias químicas tales como el tabaco, anilinas, ciertos solventes, pesticidas, productos de combustión y el alcohol también incrementan el riesgo de desarrollar cáncer (Sánchez, 2013).

La agencia internacional de estudio de Cáncer (IARC), publicó en Noviembre de 2019 una lista actualizada de agentes cancerígenos en humanos que se pueden visualizar en la Figura 2 acorde incluyendo el órgano en que se origina el cáncer.

Cáncer de mama

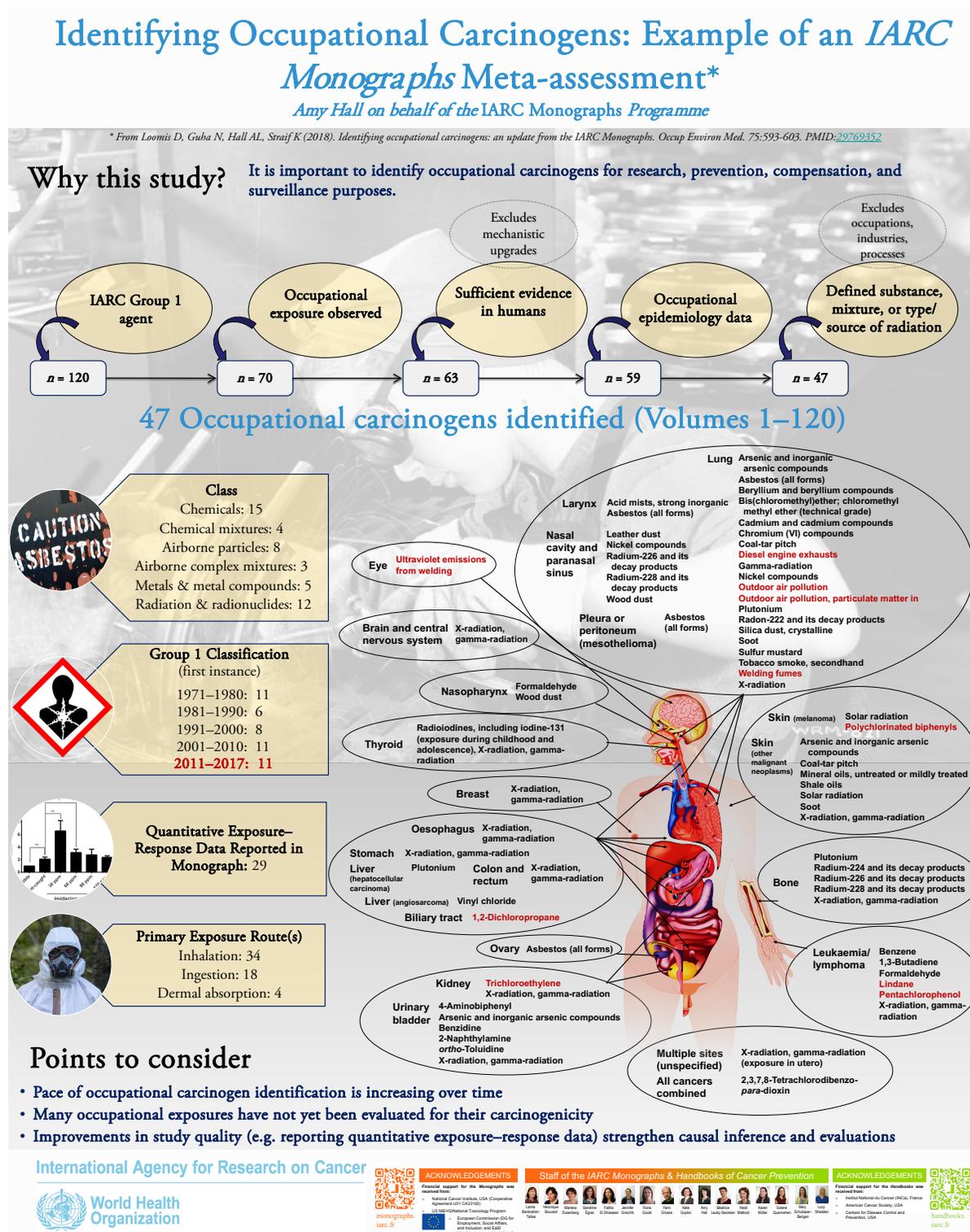
Aspectos médicos

En el mundo el cáncer de mamá es el segundo cáncer más común, con aproximadamente 2.1 millones de nuevos diagnósticos anuales y aproximadamente 627,000 defunciones en el mundo (Bray et al., 2018). El cáncer de mama es una enfermedad que tiene diferentes etiologías, factores de riesgo, respuestas y pronósticos. Por ello, se le considera una enfermedad multifactorial. Acorde con su etiología, se sabe que existen variaciones en la codificación de los genes BRCA1/2, PALB2, CHEK2 y ATM (Owens et al, 2019).

También suelen denotar su desarrollo la densidad mamográfica, factores hormonales, antropométricos, estilos de vida, antecedentes familiares de cáncer y marcadores epigenéticos, son causantes del cáncer de mama (Winter et al., 2017).

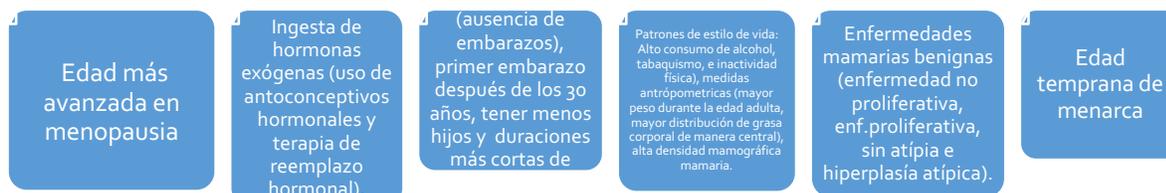
El riesgo de desarrollar cáncer de mamá es más alto en mujeres, como se mencionó, varía acorde con la susceptibilidad genética que se tenga. Sin embargo, existe una interacción entre los factores de riesgo ambientales y los niveles de hormonas endógenas, específicamente se ha documentado una relación positiva con la presencia de CA de mama con los factores de riesgo presentados en la Figura 3.

Figura 2. Causas de Cáncer



Nota: Se muestran las causas de cáncer acorde con el sitio de origen de las neoplasias. Editada y tomada de Internacional Agency of Research on Cancer (2020).

Figura 3. Factores de riesgo para Cáncer de mama



Nota: En esta figura se muestran los factores de riesgo, implicados en el diagnóstico de Cáncer de mamá, tomado de Nelson et al. (2012).

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante una autoexploración y el estudio de mastografía, este último es un método de diagnóstico por imagen en casos de patología mamaria y es comúnmente utilizado en pacientes asintomáticos, como un método de *screening*. En mujeres sintomáticas, se realizan dos proyecciones (craneocaudal y oblicua a 60 grados).

En las personas que presentan síntomas pueden aparecer nódulos densos de contornos irregulares en la mama, micro-calcificaciones finas e irregulares en número superior a seis y no diseminadas, desestructuración del tejido mamario con pérdida de su arquitectura. Este tamizaje se requiere realizar anual o semestralmente a partir de los 40 años.

Existe un método conocido como BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) que clasifica los hallazgos mamográficos, se encuentra estandarizado, se aplica en todo el mundo, y marca las pautas de actuación, la clasificación se observa en la Tabla 1:

Tabla 1: Clasificación de BI-RADS

Clasificación BI-RADS mamográfico		
Nivel	Lesiones detectadas en Mamografía	Riesgo de cáncer
BIRADS 1	Estudio negativo	0
BIRADS 2	Ganglio linfático intramamario Fibroadenoma hialinizado Calcificaciones benignas	0
BIRADS 3	-Nódulos bien circunscritos -Asimetrías focales -Microcalcificaciones puntiformes o redondeadas	<2
BIRADS 4	-Nódulos de contornos mal definidos -Microcalcificaciones pleomórficas.	25-90
BIRADS 5	-Nódulos estrellados -Microcalcificaciones vermiculares	>90
BIRADS 0	- Estudio que es insuficiente para poder dar un diagnóstico	

Nota : En esta tabla se muestra la clasificación mamográfica para evaluar el nivel de riesgo, de lesiones generadas por cancer de mamá. Datos tomados de Aibar et al. (2010).

Una vez detectada la presencia de un tumor este se clasifica acorde con sus dimensiones, ganglios linfáticos y presencia de metástasis:

Tabla 2. Clasificación de Tumores acorde con la extensión del tumor, nódulos linfáticos y metástasis

CLASIFICACIÓN POR TUMOR PRIMARIO	
TX	Tumor desconocido
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1 T1mic T1a T1b T1c	Tumor de 2cm o menos en su diámetro mayor Diámetro mayor Microinvasor de menos de 0,1 cm en su diámetro mayor. Tumor de 0,5 cm o menos, Tumor mayor de 0,5 y hasta 1 cm Tumor mayor de 1 cm y hasta 2 cm
T2	Tumor mayor de 2cm y hasta 5 cm
T3	Tumor mayor de 5 cm
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión a pared torácica.
T4a	Extensión a pared torácica
T4b	Piel con edema, ulceración o nódulos en la mama
T4c	Suma de a+b
T4d	

NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES	
N0	No se palpan ganglios axilares
N1	Ganglios axilares fijos del lado del tumor
N2	Ganglios axilares fijos en el mismo lado en ausencia de metástasis.
N3	Metástasis en ganglio infra o

	supraclaviculares
T4b	Piel con edema, ulceración o nódulos en la mama
T4c	Suma de a+b
T4d	
METÁSTASIS	
Mx	No se pueden evaluar metástasis distantes
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Datos tomados de Quirós-Alpizar et al., (2010).

La Tabla 3 muestra la distribución de estadios del CA de mama por clasificación de tumor, nódulos linfáticos y metástasis.

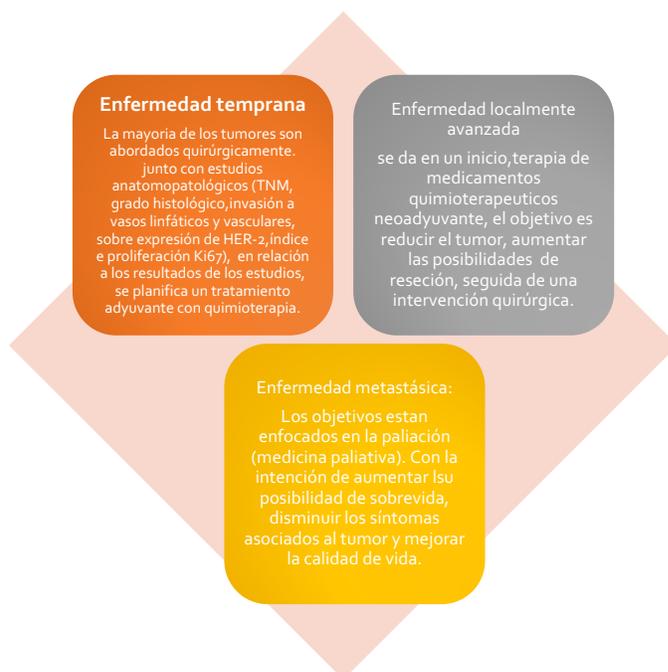
Tabla 3: Clasificación por nódulos linfáticos.

Estadios de la enfermedad			
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T2	N0	M0
Estadio IIB	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T4	N0	M0
Estadio IIIB	Todo T	N1	M0
Estadio IV	Todo T	Todo N	M1

Nota: En esta tabla muestra la interacción de la clasificación acorde con la, estatificación, nódulos linfáticos y metástasis . Datos tomados de Quirós-Alpizar et al. (2010).

Acorde con la estatificación del riesgo, se define la forma de tratamiento y esta se puede dividir de acuerdo con lo expuesto en la Figura 4.

Figura 4. Descripción de los tratamientos.



Nota: Adaptado de descripción de tratamientos de cáncer, Jiménez G ,2010. Sociedad estadounidense de Oncología Clínica, 2018. Características generales de los tratamientos mencionados.

Tratamientos Quirúrgicos.

Cirugía: Consiste en la extirpación del tumor y de parte del tejido circundante sano durante la cirugía, también se usa para evaluar los ganglios linfáticos cercanos axilares, que se encuentran debajo del brazo.

Los tipos de cirugía son los siguientes:

- Lumpectomía o cirugía de conservación de la mama: Extirpación del tumor, y de un pequeño margen de tejido sano sin cáncer, alrededor

del tumor. En esta operación queda la mayor parte de la mama. En caso de que el cáncer sea invasivo se recomienda radioterapia del tejido mamario restante. Esta terapia también puede recibir el nombre de mastectomía parcial, cuadrantectomía o mastectomía segmental.

- Mastectomía: Es la extirpación quirúrgica de toda la mama. Existen diversos tipos de mastectomía y esta puede ser con conservación de la piel y el pezón lo que se denomina, mastectomía de conservación total de la piel.
- Extirpación de Ganglio linfático: Consiste en realizar una biopsia del ganglio linfático centinela o vaciamiento de los ganglios linfáticos axilares.

Tratamiento con Radioterapia.

La Radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia, para destruir las células cancerosas, los tipos de radioterapia son:

- Radioterapia con haz externo: Este es el tipo más frecuente de tratamiento con radiación y se administra desde una máquina fuera del cuerpo.
- Radioterapia intra-operatoria: Es utilizada cuando el tratamiento con radiación se administra usando un catéter en el quirófano.
- Braquiterapia: Este tipo de radioterapia se administra colocando fuentes radiactivas en el tumor.

Después de una cirugía, la radioterapia puede ser de tres tipos:

- Radioterapia parcial de la mama: Se aplica directamente en el lugar del tumor
- Radioterapia de intensidad modulada: Se aplica con haz externo a la mama, se utiliza para apuntar al tumor con mayor precisión.
- Terapia de protones: Utiliza terapia de fotones, que utiliza protones en lugar de rayos X, su objetivo es eliminar las células cancerosas, sin causar tanto efecto como con rayos x.

Terapias con medicamentos:

Su objetivo es destruir células cancerosas, mediante medicamentos que se administran al torrente sanguíneo, para llegar a las células cancerosas en todo el cuerpo. Los tipos de terapias que se conocen son:

- **Quimioterapia:** Consiste en la aplicación de medicamentos que se administran en una cantidad específica, durante varios ciclos en un plazo determinado. Cuyo objetivo es destruir células cancerosas, al eliminar la capacidad de crecer y dividirse
- **Terapia Hormonal:** También llamada terapia endocrina, es un tratamiento para la mayoría de los tumores, cuya función es reducir un tumor, facilitar la cirugía y disminuir el riesgo de recurrencia.

Prevalencia

El cáncer de mama es el cáncer más común en mujeres en todo el mundo. La incidencia del cáncer de mama varía ampliamente, desde 27/100.000,2 (Asia Central y Oriental y África) hasta 85-94 / 100.000,2 (Australia, América del Norte y Europa Occidental). En la mayoría de los países, su incidencia ha ido aumentando a lo largo de más de 40 años, (EE.UU., Canadá, Australia, Francia), (Sancho, 2019).

Acorde con las cifras de la Sociedad Americana Oncología clínica en 2019, se diagnosticaron más mujeres con cáncer de mama que ningún otro cáncer. Se estima que se diagnosticaron con cáncer de mama invasivo a 268,600 mujeres en los Estados Unidos y se diagnosticó cáncer de mama in situ a 62,930 mujeres. En los Estados Unidos, se diagnosticará cáncer de mama a 2,670 hombres, lo que generó 42,260 muertes (41,760 mujeres y 500 hombres) a causa del cáncer de mama. La tasa de supervivencia a 5 años indica el porcentaje del 90 %. La tasa de supervivencia promedio a 10 años

es del 83 %. Si el cáncer se encuentra solo en la mama, la tasa de supervivencia a 5 años de mujeres con cáncer de mama es del 99 %. De los cuales al 62 % de las personas con cáncer de mama se les diagnostica esta etapa. Si el cáncer se ha diseminado hacia los ganglios linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 85 %. Si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 27 %.

En América Latina, el cáncer de mama es la primera neoplasia más común en mujeres de América Latina, con una incidencia de 152,059 casos anuales. La incidencia en la región es de 27.0 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 50 en países como Argentina, Uruguay, Brasil y Guyana (estadísticas del centro de equidad de género y equidad de género, 2016). En México ha tenido un incremento constante en las últimas tres décadas en casos nuevos como en número de mortalidad.

En relación con el reporte del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, el Doctor Meneses García director general del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) en 2020, en una entrevista mencionó que en México se diagnostican 191 mil casos de cáncer al año, de los cuales 84 mil fallecen. Estas cifras lo ubican como la tercera causa de mortalidad en el país y la segunda en Latinoamérica. El especialista destacó que el cáncer más frecuente en el país es el de mama, con 27 mil 500 casos por año. Meneses García explicó que solo el 10 por ciento de todos los tumores están asociados al factor hereditario y dentro de esta categoría se encuentra el cáncer de mama.

Impacto Físico del CA de mama

Como se mencionó anteriormente, las tasas de supervivencia a 5 años son altas y han aumentado en los últimos años. Estas cifras se relacionan con la detección temprana y mejoras en los tratamientos. Aunque disminuye la mortalidad, existen efectos de la enfermedad y tratamiento, que afectan

varios aspectos de la vida de los pacientes, específicamente, el bienestar físico, emocional, psicosocial y cognitivo (Soerjomataram et al., 2008).

En cuanto a los aspectos físicos, se incluyen linfedema, dolor, restricciones de movimiento en el brazo, hombro, menopausia prematura, neuropatía, pérdida ósea, toxicidad cardíaca, fatiga, insomnio, problemas sexuales, problemas de salud ósea u obesidad, pérdida significativa de la movilidad de las extremidades superiores, pérdida de fuerza muscular y masa muscular, que originan efectos en la satisfacción y la calidad de vida (Soriano-Maldonado et al., 2019).

Es por ello que después del diagnóstico y el tratamiento del cáncer, se enfrentan numerosos efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo. Por lo que existe un funcionamiento bajo en la vida diaria, esto hace que el tratamiento no sea sencillo y deba ser multidisciplinario, incluso años después de finalizado el tratamiento, para mejorar el funcionamiento de las personas sobrevivientes a cáncer de mama.

El concepto de supervivencia se ha discutido en la literatura médica y psicooncológica y sugiere que una persona sobreviviente de cáncer es alguien que ha completado el tratamiento primario de cáncer y ha avanzado hacia un regreso a la vida normal, con un riesgo reducido de recurrencia del cáncer, o que vive con cáncer pero no está en la fase terminal de la enfermedad. Se sabe que los primeros cinco a diez años después del tratamiento médico, es un período vulnerable, en el que numerosas mujeres pueden experimentar problemas en su salud y psicosociales, específicamente síntomas persistentes de temor o de aparición del cáncer, angustia por la recurrencia del cáncer, que genera incertidumbre crónica (Fernández y Paz, 2015).

El objetivo de los tratamientos ha sido maximizar el bienestar físico y psicosocial de los sobrevivientes. Acorde con una búsqueda de terapias enfocadas en sobrevivientes, se encontraron estudios en los que las intervenciones incluyeron programas multidimensionales, tanto en

intervenciones presenciales como aplicadas a domicilio. Los componentes principales de las intervenciones se clasifican en:

- Apartado educativo: Basado en brindar información, asesoramiento sobre el tratamiento de los síntomas, asesoramiento dietético y asesoramiento para el autocuidado.
- Apartado físico: Se ofrece entrenamiento físico y entrenamiento de resistencia.
- Apartado psicológico: Se otorga psicoterapia basada en la atención plena, asesoramiento y terapias cognitivas.

Las intervenciones están a cargo de una persona capacitada o profesional de la salud. Las intervenciones pueden administrarse individualmente o mediante sesiones grupales, en los programas de ejercicios que se enseñan a los participantes para que practiquen en casa, los ejercicios y se les proporcionan materiales, como videos y folletos (Cheville, 2013).

En función de la gravedad y duración de los síntomas, dependerá el tipo de tratamiento. En general los pacientes experimentan fatiga. Se ha estimado que afecta al 96% de los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia y del 78 al 100% los que han recibido radioterapia. Se ha visto que la fatiga correlaciona con presencia de somnolencia, síntomas de ansiedad y depresión, aproximadamente el 48 % de los pacientes que se someten a tratamientos médicos pueden presentar cualquiera de estos efectos (Fernández y Paz, 2015).

CAPÍTULO 2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es un evento traumático asociado con efectos físicos y psicológicos (Martino et al. 2019) que también pueden ocurrir posterior a tratamientos médicos exitosos. Se han identificado numerosos factores de estrés, como el momento del diagnóstico, la gravedad, el pronóstico, la progresión de la enfermedad, la agresividad de los tratamientos y el riesgo de recurrencia (Finck et al. 2018). Todo esto puede verse superado por la capacidad de adaptación de las pacientes, produciendo, reacciones emocionales, manifestaciones sintomáticas, y malestar psicológico, lo que puede originar ansiedad, depresión, culpa, aislamiento y desconfianza (Fatiregun et al., 2016).

Se ha señalado que la edad inicio de la enfermedad favorece la percepción de la enfermedad como un evento traumático, así como la presencia de síntomas físicos y psicológicos, como es: aparición de síntomas clínicos, angustia emocional, ansiedad y depresión. La adaptación psicológica, tanto durante el tratamiento como después del mismo, se ve permeada por constantes preocupaciones en las pacientes, dentro de las que se encuentran: el miedo a la recurrencia de la enfermedad, preocupaciones por el cuidado de y responsabilidades familiares, cuidado de hijos, trabajo, problemas financieros, interferencia de roles y actividades importantes para los pacientes. (Martino et al., 2019).

En particular en mujeres jóvenes se han visto mayores preocupaciones en torno a salud, feminidad, rol de género y maternidad, percepción de la enfermedad como un intruso en la vida que les vino a generar efectos físicos, sociales y económicos (Cohee et al., 2015).

Aunque algunas mujeres enfrentan positivamente la experiencia del tratamiento, otras pueden sentirse emocionalmente afectadas en su imagen corporal, debido a los efectos secundarios de la quimioterapia y el tratamiento médico, como es la alopecia, que exige el uso de pelucas o de

gorros, prendas que en sí mismas, pertenecen al estereotipo de “paciente con cáncer” .Y la extirpación de mama, que genera cambios en la percepción de su sexualidad, problemas sexuales, rechazo social, afectaciones en la feminidad y disminución de la autoestima (Mejía-Rojas et al., 2020).

Debido a la mortalidad relativamente alta y a la necesidad de un tratamiento agresivo, el diagnóstico de cáncer de mama tiene un gran impacto en la vida de las personas que la padecen. Se ha visto que el apoyo familiar y el de la pareja parecen minimizar los efectos secundarios de la quimioterapia, los cuales pueden ocasionar cambios significativos en la calidad de vida. Sin embargo, este importante apoyo con frecuencia desaparece a lo largo del tiempo (Hernández, 2016). La mayoría de las personas enfrentan diversos cambios que impactan en la salud emocional, como es el aislamiento social, inclusive en un estudio se evidenció que un ambiente social negativo produce mayor crecimiento tumoral (Parra et al., 2011).

El presente trabajo se centrará en tres variables psicológicas estudiadas en las pacientes con cáncer de mama: 1) calidad de vida, 2) síntomas de ansiedad y 3) síntomas de depresión.

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto que la calidad de vida (CV) es “ *la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes*”. Se considera que la calidad de vida es un concepto básicamente subjetivo al depender del juicio y percepción de las personas. Como se ha bosquejado, el cáncer de mama y su tratamiento repercuten en la percepción de la calidad de vida de las pacientes (Groenvold, 2010).

Existen diferentes formas de evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, entre las más destacadas se encuentra el Cuestionario de Salud en su versión corta (SF12) los cuestionarios de calidad de vida EORTCQLQ-C30 y EORTCQLQ-BR23. El Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (QLQ - C30), Evaluación Funcional del Cáncer Therapy - Breast Cancer (FACT - B) Calidad de vida, versión indexada (QOLI - CV). Estas evaluaciones consideran diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida como:

- Funcionamiento físico
- Actividades cotidianas
- Funcionamiento emocional
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento social
- Funcionamiento sexual
- Síntomas propios del cáncer y/o su tratamiento
- Estado global de salud
- Impacto económico.

Varios estudios han examinado los efectos en la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama y en pacientes después de completar el tratamiento, informando que cinco años después del diagnóstico, medidas predictivas de CV son el índice de masa corporal, la recaída, los efectos socioeconómicos y comorbilidades (Dialla et al., 2015).

En un estudio más reciente que involucró a 77 pacientes, se informó que factores sociodemográficos, específicamente el nivel de educación, estado civil, edad, comorbilidades con diabetes, colesterol alto, estadio del cáncer, el uso de cirugía, radioterapia, o terapia normal no tienen un efecto significativo en la calidad de vida (Daldoul et al., 2018).

Otro estudio de 544 pacientes con cáncer de mama reveló también que los demográficos y factores clínicos como edad, educación, empleo, estado civil, ingresos, quimioterapia, duración del tratamiento y el estado de recurrencia no tuvieron impacto en la calidad de vida, estos datos medidos con el inventario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-BR23 (Tsai et al., 2017).

Algunos estudios examinan el impacto del tipo de tratamiento en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer de mama. En ellos encuentran que el tipo de cirugía de cáncer de mama no influye en ningún aspecto de la calidad de vida, aunque sí en la imagen corporal, además de encontrar que la quimioterapia tiene efectos significativos en la calidad de vida independientemente si se administra en dosis bajas o altas (Yeo et al., 2018).

Los síntomas de la menopausia, ya sean por menopausia natural o al tratamiento del cáncer generan problemas endocrinos que afectan la calidad de vida. La terapia hormonal sí se asocia con síntomas físicos, pero no con cambios significativos en la CVD. La anemia es un efecto adverso frecuente en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia y está asociada con efectos importantes en la calidad de vida, debido a la hospitalización por neutropenia febril y miedo de hospitalización (Tecza et al., 2018).

Como se ha señalado, las mujeres con cáncer de mama pueden experimentar numerosos problemas físicos y psicosociales después del diagnóstico, durante y después del tratamiento. En una revisión sistemática realizada por Cochrane en 2017, se encontró en 477 estudios sobre la calidad de vida en personas con cáncer de mama, que los factores psicológicos predijeron la CV después del tratamiento posterior o incluso la supervivencia general. Se encontró que la fatiga, ansiedad, depresión, efectos sobre la imagen corporal, pérdida del empleo, efectos adversos del tratamiento y ruptura de relaciones, afectan la calidad de vida (CV). En particular, las supervivientes de cáncer de mama de 50 años o menos

experimentan una mayor reducción de la calidad de vida que las supervivientes de mayor edad, junto con distintas preocupaciones psicosociales y relacionadas con la menopausia, aumento de peso e inactividad física (McCaughan et al., 2017). Los resultados de los estudios anteriores son contradictorios con algunos datos con respecto a la edad y estado ocupacional, es muy importante continuar con investigaciones que midan el efecto en la CV, sobre todo en los eventos que generan efectos en bienestar psicosocial de las pacientes, al momento del diagnóstico, durante y después del mismo.

Ansiedad

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, publicada en Excélsior (2017), el 28.6% de la población adulta padecerá algún trastorno mental una vez en su vida, entre los que destacan tres: los trastornos de ansiedad (14.3%), por consumo de sustancias (9.2%) y afectivos (9.1%).

La prevalencia de depresión, formalmente diagnosticada en el mundo es de 4.4%. En Latinoamérica el país con mayores niveles de depresión es Brasil, con 5.8% de su población total, mientras que Argentina presenta un 4.7% y en México el 4.2%. Los datos epidemiológicos de diversas investigaciones muestran que del 40% al 50% de todos los pacientes diagnosticados con cáncer, también desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad oncológica y alrededor de un 30% requieren apoyo o ayuda profesional (APA, 1999).

La Ansiedad se ha definido como una experiencia subjetiva desagradable asociada con la percepción de una amenaza (real o percibida) y es un síntoma común en relación con el cáncer. Es uno de los síntomas psicológicos más frecuentes que ocurren prácticamente durante todo el tratamiento y aún en la supervivencia entre las pacientes con cáncer de mama. La ansiedad asociada con cáncer suele generar un aumento en la percepción de dolor, problemas para dormir, causar náusea y vómito

anticipatorio (por ejemplo a la recepción de quimioterapia) e interferir con la calidad de vida. La ansiedad grave puede incluso acortar la vida del paciente (Ahlberg et al., 2004).

En un estudio que evaluó el efecto de la ansiedad durante el tratamiento con mastectomía versus tumorectomía y quimioterapia, señala que la mastectomía generó niveles más altos de ansiedad (Lim et al., 2011). La ansiedad también se relaciona con no estar preparado para recibir un diagnóstico. Los principales eventos generadores de ansiedad se relacionan con el temor al tratamiento, la imagen corporal, la sexualidad, la amenaza de recurrencia del cáncer y los efectos secundarios de los tratamientos (Lam et al. 2013).

El tratamiento de quimioterapia, presenta una correlación significativa con depresión al igual que variables distales tales como la situación socioeconómica, nivel educativo y escaso apoyo familiar. Otros estudios han encontrado que algunos rasgos de personalidad y la edad fueron factores predictivos de ansiedad en mujeres que recibieron quimioterapia, además de deterioro en relaciones sociales y calidad de vida, lo que genera, a su vez, mayor angustia (Ching et al., 2010).

En una revisión de la literatura de 2018 cuyo objetivo fue valorar la ansiedad durante el tratamiento de mujeres con CA de mamá reveló que en 73 estudios los dominios de sexualidad, imagen corporal, edad, dificultades económicas, apoyo familiar-social necesidad de información lo prolongado del tratamiento, desde el diagnóstico fueron marcadores de ansiedad en pacientes con cáncer de mama. El estudio hace énfasis en que un tratamiento grupal o asesoría familiar durante y a partir del momento del diagnóstico puede ayudar a paciente y familiares a participar en metas significativas y promover la motivación para vivir y sobrellevar el futuro posterior al tratamiento.

Ese análisis también señala que se requiere prestar especial atención a brindar educación e instrucciones claras y adecuadas sobre estrategias de autocuidado y apoyo psicosocial (Cobeanu y David, 2018).

En cuanto a medición de síntomas ansiosos y depresivos, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) ha resultado ser un instrumento útil de detección, que se ha validado en diversos entornos, tanto para población general como para pacientes con una amplia gama de afecciones médicas, incluidas las pacientes con cáncer de mama (Abu-Helalah et al., 2014).

Depresión

Un aspecto importante que requiere tenerse en cuenta es el momento del aumento del riesgo psiquiátrico durante el diagnóstico, tratamiento y recuperación de mujeres con cáncer de mama. Varios estudios señalan que la depresión tiende a ser más alta durante la fase aguda y disminuye después del tratamiento, aunque probablemente varía según el tipo de cáncer y su pronóstico (Krebber et al., 2014).

La depresión como trastorno psicológico afecta seriamente el bienestar de las personas, intensifica la percepción de síntomas físicos, el desempeño ocupacional y, en conjunto, la calidad de vida. Un metaanálisis de 211 estudios basados en entrevistas diagnósticas, concluyó que la prevalencia general de depresión durante el tratamiento de cáncer es de aproximadamente 14%; un 9% en el primer año después del diagnóstico y un 8% un año o más después del tratamiento (Mitchell et al., 2012).

Los temores y preocupaciones por la posibilidad de morir, por la recurrencia de la enfermedad, las preocupaciones económicas y los problemas familiares parecen ocasionar la aparición o la intensificación de la depresión. En sentido cognitivo y funcional, la depresión como trastorno afecta los pensamientos, la percepción de síntomas físicos, el desempeño

laboral y en conjunto la calidad de vida de los pacientes (Jaffari et al., 2017; Hosseinzadeh-Khezri et al., 2014; Motamedi *et al.*, 2015).

Se han sugerido hipótesis sobre la relación entre depresión y cáncer de mama. La primera considera que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama. Estudio de revisión como los de McKenna et al. (1999) y Duijts et al. (2017) sugieren que la depresión y los trastornos del estado de ánimo podrían aumentar el riesgo de cáncer.

Entre la población de pacientes con cáncer de mama, una variedad de factores como la cultura y la etnia, bajos ingresos, la percepción de dolor y la calidad de vida, podrían asociarse con síntomas depresivos. Estos factores y la aparición de la depresión pueden reducir la disposición a atención médica especializada. Se ha documentado que la depresión reduce significativamente la motivación y la compatibilidad con tratamientos como la quimioterapia (Ayres et al., 1994).

La depresión mayor ha sido un predictor importante del diagnóstico de cáncer de mama en etapa tardía, porque las pacientes que se enfrentan a un bulto pueden retrasar la búsqueda de consulta médica.

Así, en conjunto con los factores mencionados, la depresión, como síntoma o formalmente diagnosticada puede ser un factor dañino en los resultados de estos pacientes (Reich et al., 2008). En este sentido, la identificación, diagnóstico y tratamiento de la depresión no solo afecta la calidad de vida de las personas, sino que también afecta sus probabilidades de supervivencia y su capacidad para hacer frente a las enfermedades (Cobeanu y David, 2018).

CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y CÁNCER DE MAMA

En vista de los efectos del cáncer de mama sobre depresión, ansiedad y calidad de vida, se han utilizado diversas intervenciones psicológicas para contrarrestar los efectos psicológicos derivados del diagnóstico y tratamiento del cáncer. Existe una amplia gama de técnicas terapéuticas en modalidad grupal o individual, y con diversos enfoques. Las técnicas cognitivo-conductuales han mostrado especial eficacia para mejorar el control de los síntomas, el estado afectivo y el afrontamiento de la enfermedad (Cobeanu y David, 2018).

Estas terapias se enfocan en mejorar el estado afectivo y el afrontamiento de la enfermedad, mediante la modificación de esquemas cognitivos desadaptativos que incluyen reducir la angustia. Las estrategias incluyen entrenamiento en relajación muscular progresiva profunda para fomentar regulación emocional y la reestructuración de esquemas cognitivos sesgados o defectuosos (Ye et al., 2018). Otras terapias incluyen las llamadas de apoyo-expresivas y las psicoeducativas, la primera se aplica en grupo y busca brindar apoyo para la expresión emocional y social. La psicoeducativa busca proporcionar conocimientos adecuados sobre la enfermedad y sus tratamientos con un enfoque multidisciplinario.

La psicoterapia individual: Se realiza uno a uno, su enfoque se basa en la relación interpersonal, busca facilitar que el paciente adquiera habilidades específicas de comportamiento (Barsevick et al., 2002). *La psicoterapia grupal,* es una forma de psicoterapia en la que uno o más terapeutas tratan a un pequeño grupo de usuarios. El proceso grupal utiliza la exploración y el examen de las relaciones interpersonales dentro del grupo. (Montgomery, 2010). La aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en terapia de grupo, con mujeres sobrevivientes de cáncer de mama ha mostrado reducir los niveles de ansiedad, estrés y mejorar la calidad de vida. Los beneficios de la terapia de grupo pueden mantenerse hasta doce meses después de la

intervención. Se han realizado intervenciones grupales basadas en la autoestima y habilidades sociales con mujeres con cáncer de mama, encontrando una mejora en la CV, (Sehati et al., 2018).

En la última década, la investigación ha apoyado las terapias basadas en la atención plena, como la meditación, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para una serie de afecciones médicas y psicológicas que acompañan al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (Guarino, 2020).

Intervenciones centradas en mejorar la Calidad de Vida.

La terapia psicológica grupal basada en la psicoeducación mejora la CV de las sobrevivientes de cáncer de mama, produciendo un aumento del bienestar emocional y una reducción de la ansiedad y la depresión (Matsuda et al., 2014).

Una revisión sistemática (Guarino, 2020) incluyó 45 estudios, en mujeres de 18 a 65 años, con diagnóstico de cáncer de mama. Se encontraron estudios en los que se aplicaba tratamiento cognitivo conductual basado en psicoeducación, terapia grupal enfocada en proporcionar habilidades afectivas y cognitivas para mejorar la experiencia relacionada con la enfermedad. El número total de participantes fue de 8472. La mejora en la calidad de vida fue mediana, se encontró una alta heterogeneidad entre los estudios. Por lo que se concluyó una relativamente baja calidad en los estudios sobre este tema (Guarino, 2020).

En un cuasi experimento (Bellver-Pérez et al., 2019) realizado con cien mujeres con edad promedio de 49 años y con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento médico. Se aplicó terapia cognitivo conductual en modalidad grupal y los resultados revelaron mejoría en sintomatología ansiosa y depresiva y en percepción de bienestar en calidad de vida. Los efectos de la intervención permanecieron por tres meses. Sin embargo, en este estudio no hubo grupo de comparación por razones éticas.

En un ensayo clínico realizado en medio oriente con 201 mujeres (Al-Sulaiman *et al.*,2018) se evaluó el asesoramiento en situaciones de crisis, y psicoeducación en mujeres con cáncer de mama. Ambas intervenciones fueron mejoraron el bienestar psicológico y la calidad de vida en comparación con un grupo control. El estudio mostró mejor efecto de las intervenciones basadas en psicoeducación que en el asesoramiento, especialmente en la mejora del bienestar psicológico de las participantes.

Otra revisión sistemática (Jassim *et al.*, 2015) incluyó 578 estudios para evaluar el efecto de las intervenciones psicológicas sobre la CV, utilizando las escalas EORTC, FACT B y resultados médicos, con seguimiento a uno y doce meses. Nueve estudios informaron mejoría en la CV, tanto en grupo o individualmente. Sin embargo la calidad de la evidencia se calificó como baja, ya que en tres estudios, existió riesgo de sesgo, derivado del conocimiento de la asignación de los participantes, además de utilizarse cuatro herramientas diferentes para medir el mismo resultado. No se describieron diferencias respecto a un grupo control en ningún estudio.

En un estudio elaborado en 2016, se utilizó ACT, para mejorar la calidad de vida y la resiliencia en personas con CA de mamá. Los resultados indicaron que la intervención mejoró significativamente la puntajes en todas las escalas: QLQ-C30, QLQ-BR23 y CD-RISC, y el efecto se mantuvo relativamente estable durante el período de seguimiento a 3 meses (Jassim *et al.*, 2015).

Intervenciones centradas en Ansiedad

En un meta análisis (Guarino *et al.*, 2020) examinó el efecto de las intervenciones psicológicas en los niveles de ansiedad en mujeres con Ca de mama. Se incluyeron 17 investigaciones realizadas en Estados Unidos, Europa, Asia y América. La edad de las participantes osciló entre 47.5 y 57.2 años, el abordaje consistió en siete intervenciones cognitivo conductuales

de segunda generación y 7 de tercera generación, 2 con enfoques humanistas y uno con intervención psicoanalítica. Los niveles de Ansiedad se registraron con las escalas HADS, BAI y POMPS y se obtuvieron tamaños de efecto de pequeño a mediano. Sólo tres estudios sobrepasaron en el tamaño del efecto, que fueron basados en terapia cognitivo conductual, intervención psicoeducativa y terapia expresiva, por lo que no fue posible determinar la consistencia de la eficacia de este tipo de intervenciones, principalmente relacionado con la metodología utilizada, la aleatorización y el reporte de las medidas pre y post-test.

Se evaluó una intervención centrada en el efecto de la meditación sobre el nivel de estrés psicológico en mujeres con CA de mama (Vilanova *et al.*, 2019). Se encontraron 22 estudios que utilizaron la técnica de mindfulness, meditación trascendental y meditación contemplativa de "auto-curación". Hubo una mejoría significativa con meditación trascendental y contemplativa, en niveles de las siguientes variables: estrés psicológico, ansiedad, depresión, fatiga, miedo a la recurrencia y rumiación, contribuyendo a mejor calidad de vida. Las mediciones incluyeron datos de cortisol y telomerasa, mostrando disminución en ambos marcadores fisiológicos.

En un estudio cuasi experimental que incluyó a 100 mujeres con CA de mama, se midió el efecto de la terapia cognitivo conductual basada en brindar habilidades sociales y autoestima, sobre ansiedad, depresión y calidad de vida. Los síntomas de ansiedad y depresión analizados con la escala HADS, no mostraron mejoría significativa en la media de síntomas de ansiedad y depresión, bienestar emocional, funcional, físico, social, o familiar. La evaluación intra-grupo en varios momentos de la intervención mostró mejoría entre el pre, post y a los tres meses (Bellver-Pérez *et al.*, 2019).

Una revisión sistemática (Jassim *et al.*, 2015) incluyó 28 ensayos clínicos, que buscaban el efecto de intervenciones psicológicas sobre ansiedad, mediante

las escalas las HADS y STAI y escala de Ansiedad de Smith. Las terapias aplicadas fueron terapia cognitiva, racional emotiva, y terapia multimodal. Los procedimientos clínicos incluyeron relajación muscular progresiva profunda, meditación, hipnoterapia, desensibilización sistemática, biorretroalimentación, aceptación y compromiso, asesoramiento psicoterapéutico, informativo y psicoeducativo. De todos los estudios, solo ocho mostraron reducción en niveles de ansiedad con amplia heterogeneidad en los resultados, específicamente por el conocimiento de la asignación de los grupos. Con respecto al nivel de estrés, en general los grupos experimentales mostraron efectos estadísticamente significativos que se mantuvieron por nueve meses.

Acorde con estos estudios podemos observar que las intervenciones más utilizadas y con mayor impacto son basadas en terapia cognitivo conductual, sin embargo también se encontró efecto en intervenciones basadas en meditación, pero son menores, por lo que es importante realizar mayores investigaciones para corroborar su beneficio.

Intervenciones centradas en Depresión

Un meta análisis (Guarino, 2020) se analizó el efecto de intervenciones psicológicas, basadas en terapia cognitivo conductual, terapia de apoyo expresiva, terapia psicoeducativa, aplicadas por especialistas en salud mental, con seguimiento a 12 meses. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las modificaciones del estado de ánimo. Sin embargo, se mostraron mejorías estadísticamente significativas en la modificación de esquemas cognitivos desadaptativos y en la capacidad de procesamiento de estados emocionales.

Jassim et al. (2015), en una revisión sistemática analizaron el efecto de intervenciones psicológicas, sobre niveles de depresión, medidos con las escalas HASDS y BAI, con seguimiento a 12 meses. Registraron el uso de terapia cognitivo conductual, en nueve estudios, cinco de grupo y cuatro

individuales. Su análisis reveló evidencia estadísticamente significativa de la terapia grupal y en general los efectos de las demás intervenciones fueron bajos. No hubo diferencias significativas con respecto al tipo de intervención psicológica utilizada. La calidad de la evidencia se calificó como moderada porque en tres o más dominios hubieron riesgos de sesgo, y en dos estudios no se realizó asignación aleatoria a los tratamientos.

Una revisión de la literatura en 2013, en México (Galindo, et al., 2013) mostró la eficacia de la TCC en pacientes oncológicos. Se incluyeron 45 estudios que documentaron mejoría en síntomas de depresión, mediante la escala HADS y BDI. De las intervenciones observadas las terapias específicamente enfocadas en disminuir depresión y ansiedad, fueron las que tuvieron más problemas metodológicos. Se observó un mejor impacto de las intervenciones cuando la TCC estaba combinada con hipnosis en el caso de mujeres con cáncer de mama.

Intervenciones basadas en enfoques psicodinámicos

Suele describirse como una modalidad flexible y adaptable a los diferentes escenarios de la enfermedad y se le atribuye la posibilidad de buscar el enfoque en la problemática más prevalente conforme al proceso de atención oncológica. Algunos pacientes que han avanzado en su proceso de adaptación, pueden beneficiarse de tratamiento psicoterapéutico de duración media, que contempla un total de 12, 20 y hasta 30 sesiones, o bien, psicoterapia de duración sin límite definido aunque no se trata de psicoterapia prolongada o de largo plazo. Este enfoque busca encuadrar un marco temporal que acompaña e impulsa al paciente a precisar determinados objetivos que van cubriéndose a lo largo de la intervención. El objetivo de la psicoterapia es disminuir el distrés psicosocial, recobrar funcionalidad y control de su vida. Este abordaje se genera por medio de preguntas relacionadas con la enfermedad y el transcurso la misma. El trabajo terapéutico considera el significado de un órgano como lo la mama,

con alteraciones físicas, culturales, psicológicas, sexuales, reproductivas y afectivas (Juárez & Almanza Muñoz, 2011)

Intervenciones basadas en terapia de aceptación y compromiso

Una gran cantidad de investigación basada en tratamiento psicológico de pacientes con cáncer de mama se han basado en intervenciones cognitivo-conductuales. El objetivo consiste en tratamiento basado en el control de los pensamientos y emociones aversivos o disfuncionales. Las terapias cognitivo-conductuales han mostrado ser particularmente eficaces en pacientes que utilizan un estilo de afrontamiento pasivo, evitativo o de negación (Font y Rodríguez, 2017). Sin embargo, no explican, si su eficacia obedece a los componentes cognitivos, conductuales o a una conjunción de ambos (Pérez, 2013). Además, se ha sugerido que, tras finalizar la intervención, la mejoría en la sintomatología psicológica de los pacientes con cáncer se atenúa con el paso del tiempo (Páez et al., 2005).

En contraste, en los últimos años ha surgido una "tercera ola" de terapias psicológicas, conocidas como "contextuales" o de "tercera generación" que siguen una perspectiva funcional y contextual para explicar de forma empírica la relación de la cognición y el lenguaje con patrones de comportamiento observables (Pérez, 2014). De todas ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) cuenta con un fundamento teórico relativamente sólido. Surge como una aproximación clínica conductual basada en los valores de la persona, más que como un modelo de tratamiento con fases de intervención definidas (Vargas y Ramírez, 2012).

La ACT , surge de la postura del conductismo radical, combinando estrategias de aceptación y toma de consciencia del comportamiento, para generar un cambio conductual, influyendo directamente en mejorar la "flexibilidad psicológica".

La flexibilidad psicológica, es la habilidad de la persona para entrar en contacto con el presente de una forma más consciente. A partir de dicho contacto, se decide cambiar el comportamiento problemático o persistir en un comportamiento que se considera necesario. La ACT se basa en el contextualismo funcional y la teoría del marco relacional:

El contextualismo se caracteriza por hacer énfasis en los eventos como acciones en un contexto determinado, por lo que las acciones se consideran eventos que no pueden dividirse. Es decir, contexto se convierte en el punto a partir del cual, se busca una explicación del comportamiento humano, considerando que éste se determina por las contingencias ambientales de un momento en particular y por la historia de aprendizaje de la persona. El contextualismo funcional es una variedad que busca la predicción y la influencia de eventos, examinando cada elemento de la conducta, en términos de variables contextuales. Los pensamientos y sentimientos no son vistos como causalidad, sino como comportamiento que se explican desde el análisis funcional de la conducta (Vargas y Ramírez, 2012).

La teoría del marco relacional se encuentra sustentada en las leyes que se establecieron con el análisis funcional de la conducta, pero incluye un cambio cualitativo. Propone que los seres humanos, aprenden a relacionar estímulos bajo controles contextuales arbitrarios. Así, se plantea que al tomar una postura de aceptación psicológica, los eventos que anteriormente eran inherentemente problemáticos, se convierten en oportunidades para el crecimiento, el interés, o la comprensión. En otras palabras, el cambio, se da a partir de la modificación de las contingencias ambientales (tanto externas como internas o privadas) que controlan la conducta del individuo. Así, dentro de la propuesta de la ACT, la teoría del marco relacional juega un papel muy importante (Vargas y Ramírez, 2012).

A partir de los correlatos propuestos por la ACT aparece el concepto de *Trastorno de Evitación Experiencial* (TEE), el cual parte de la premisa que el sufrimiento psicológico es parte inseparable de la vida humana en tanto,

que esta incluye circunstancias y comunidades que conforman contextos verbales, a través de los cuales una persona reacciona verbalmente a numerosos eventos, incluida su propia conducta (Wilson y Luciano, 2002). Los autores mencionan que estos contextos representan las condiciones necesarias para evaluar los eventos externos, así como, el propio comportamiento, como reacciones normales, aunque sean dolorosas, negativas o anormales. El TEE se caracteriza por esfuerzos deliberados de evitar y/o escapar de eventos privados como emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales vividas por la persona como aversivas. Este comportamiento resulta reforzado negativa y momentáneamente por la evitación o disminución del sentimiento de incomodidad vivido.

El TEE presenta dos características principales:

1. Ser de naturaleza verbal: Se encuentra presente cuando el individuo, no se encuentra dispuesto a entrar en contacto con sus experiencias privadas, vividas de manera aversiva, por lo que su comportamiento será deliberado, para evitar experiencias dolorosas.
2. Funcional limitante: El individuo responde a los eventos privados vividos de forma aversiva, mediante la eliminación o evitación de dicho evento privado en una variedad de reacciones que dependen de la historia de cada individuo.

Premisas de la Aceptación y Compromiso

1.- El proceso terapéutico en la ACT tiene como premisa fundamental que la experiencia de dolor psicológico es inevitable y que la utilización de la evitación experiencial y demás mecanismos de afrontamiento similares para lidiar con el malestar suelen incrementar el sufrimiento aunque parezca justificable su uso.

2.- La propuesta del modelo implica la aceptación de los eventos privados propios como un compromiso con la vida y por ende, un compromiso con cualquier evento privado que se presente.

3.- Cuando la persona inicia el proceso psicoterapéutico se encuentra "atrapada" en el patrón de evitación. Este esquema se concibe como un "callejón sin salida", debido a que la lucha por eliminar o reducir el malestar hace que sus acciones la lleven a otro estado de malestar sostenido, por lo que la persona experimenta sufrimiento psicológico adicional.

4.-La ACT busca influir sobre los contextos verbales de la persona y procura que la persona reflexione en torno a los eventos privados como lo que realmente son, tratando de elegir una nueva perspectiva de vida que incluya la aceptación de dichos eventos y proponerse conservar dicha dirección.

5.- Los valores del sujeto son un vehículo para el cambio conductual. Se asume que si la persona se comporta de acuerdo a sus propios valores va a sentirse mejor. Asume que hay tanta vida en los momentos en que se experimenta dolor que en aquellos en que se experimenta alegría.

6.- Se parte de la idea de que todas las personas, de una u otra manera, esperan vivir de forma más plena sus vidas.

Estrategias de intervención

Los valores dentro de la ACT tienen un papel preponderante en el proceso de cambio. La propuesta de esta terapia se basa en la clarificación que la persona haga de sus propios valores, y aprenda a tomar decisiones más acertadas en torno a la dirección que requiere tomar su vida. Lo importante es que el individuo pueda aprender a reconocer qué aspectos pueden cambiarse y los que definitivamente no puede cambiar

Se ha propuesto (Wilson y Luciano, 2002) que los objetivos de la ACT son:

1. La clarificación de los valores de la persona consultante.
2. La aceptación de los eventos privados de la persona consultante, principalmente relacionados con aquellos acontecimientos que no pueden modificarse y que por tanto implican el abandono de conductas de afrontamientos ineficaces y escoger flexiblemente un comportamiento funcional y efectivo.
3. El fortalecimiento del “yo como contexto” para que la persona consultante contemple sus eventos privados y a partir de la reflexión, elegir el camino más adecuado para sus propios intereses. Los métodos usan metáforas, paradojas y ejercicios experienciales. Las “metáforas” buscan mediante la creación de un contexto verbal que el sujeto modifique la lógica detrás del comportamiento de evitación.

-Las paradojas son formulaciones que resaltan las contradicciones entre las creencias literales del individuo y las propiedades funcionales de las reglas de evitación.

-Los ejercicios experienciales, diseñados específicamente para que la persona establezca un contacto directo con sus propios procesos verbales que hasta el momento ha evitado, de forma que pueda enfrentarse a las situaciones aversivas de su vivencia.

- El yo como contexto, hace referencia al impulso que brinda el terapeuta a la persona para que adopte un sentimiento desde sí misma como perspectiva, para que pueda experimentar una faceta más trascendental y espiritual del comportamiento humano, lo que le permite al terapeuta inducir un cambio positivo en el comportamiento del individuo. Dentro de este método se encuentra la difusión cognitiva, donde se alienta a los individuos que reconozcan que cualquier intento por controlar eventos

privados se convierte en uno de los principales problemas más que en la solución de los mismos . (Wilson y Luciano, 2002).

Estudios relacionados con ACT

La ACT suele indicarse para el tratamiento de problemas psicológicos caracterizados por un patrón de evitación experiencial crónico y limitante. Se incluyen los trastornos afectivos, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por consumo de sustancias, trastornos psicóticos, dolor crónico, o trastornos adaptativos secundarios a una enfermedad médica, como el cáncer (Wilson y Luciano, 2002).

En el caso del cáncer, desde el momento en que un paciente recibe el diagnóstico, pasa por innumerables situaciones nuevas, llenas de incertidumbre, que suponen una alta carga estresante por las preocupaciones, temores y el dolor asociados, al igual que síntomas depresivos.

Una revisión sistemática que comprende estudios realizados de 2002 a 2019, en las bases de datos, Medline complete, ScienceDirect, PubMed, Psychology and Behavioral Sciences Collection, y Cochrane plus, Journal of Contextual Behavioral Science, basada en investigación cuantitativa, con diseños experimentales y cuasiexperimentales, en pacientes diagnosticados con cáncer , con edad mayor a 18 años, que hubieran recibido tratamiento psicológico con ACT.

Se encontraron un total de 108 estudios, de los cuales reunieron requisitos de inclusión únicamente ocho por tener el objetivo de mejorar en los participantes, sus niveles de angustia, estado de ánimo, síntomas depresivos , ansiedad y distrés, calidad de vida y aceptación de la enfermedad). El cáncer más común, fue el cáncer de mama, en un 75% de pacientes.

A continuación se describe un resumen de los datos arrojados en el caso de los estudios de cáncer de mama, en los que se estudiaron, las variables dependientes de nivel de angustia, estado de ánimo (depresión, ansiedad y distrés), calidad de vida, así como flexibilidad cognitiva (basado en García y Tamayo, 2019).

Tabla 4
Descripción de los estudios basados en intervenciones con ACT

Autores	Participantes	Grupo Control	Evaluación-seguimiento	Resultados	Limitaciones
Páez et al.	12 mujeres Edad: 42 – 50 años	Con grupo control, intervenidos con estrategias de mindfulness para entrar en contacto con el momento presente.	Pre y post-tratamiento, 3, 6 y 12 meses después.	Mayor eficacia de ACT en ansiedad, depresión, calidad de vida, y conductas al año. No hubo mejoría a corto plazo.	No se especifican los procedimientos de la ACT. El estudio no es replicable.
Ghasemi et al.	24 participantes Edad: 35 – 55 años	Sin intervención de comparación	Pre y post tratamiento	ACT fue eficaz para crear esperanza. Mejoría en salud mental, ansiedad, síntomas depresivos y relación con sus pensamientos.	No se especifican los procedimientos. El estudio no es replicable.
Mohabbat-Bahar et al.	30 pacientes Edad: 30 – 65 años	Cuasi-experimento sin intervención de comparación	Pre y post tratamiento.	ACT mejoró síntomas ansiosos y depresivos.	Sin aleatorización, ni control de contribución de variables socio-demográficas, sin medidas de seguimiento.
Feros et al.	45 pacientes mujeres. Edad:25-77	Sin grupo control	Pre-tratamiento, durante la intervención	La ACT mejoró distrés, estado de	Pocas participantes, sin grupo control.

	años		n, post tratamiento y 3 meses después.	ánimo y calidad de vida, que se mantienen después de 3 meses. Mejoró flexibilidad psicológica.	Posible sesgo por discapacidad social en medidas de autoinforme al medir estado de ánimo, calidad de vida y flexibilidad psicológica.
Ghola bosseini et al.	30 pacientes mujeres	Sin intervención de comparación	Mediciones Pre y post.	La ACT redujo síntomas de ansiedad durante y después del tratamiento.	No todos los participantes completaron el tratamiento. Pocos participantes.
Monte-sinos et al.	12 mujeres Edad: 31-74 años	Sin intervención de comparación	Pre y post con seguimiento a 1 y 3 meses.	La ACT, redujo del miedo a la recaída, los resultados se mantuvieron a los 3 meses	No se especifican los procedimientos. El estudio no es replicable.
Lantheaume et al.	16 mujeres Edad media: 56.1 año	Sin intervención de comparación	Pre, post tratamiento.	La ACT redujo en síntomas de ansiedad y depresión y mejoró calidad de vida	No hubo seguimiento y fueron pocas participantes.

Nota: La tabla sintetiza los resultados arrojados en las intervenciones con enfoque en tratamiento basado en Terapia de Aceptación y Compromiso. Tomado y editado de García y Tamayo (2019).

En resumen, la revisión de la literatura de investigación señala que el cáncer de mama genera gran malestar psicológico, caracterizado por síntomas de desesperanza, impotencia, falta de motivación, preocupación, vergüenza y deterioro en la interacción social. Todo esto suele ocasionar depresión, ansiedad, y menor calidad de vida de las pacientes.

Hasta la fecha se ha documentado que las intervenciones psicológicas han sido eficaces en lo general (Lantheaume et al., 2020). Sin embargo numerosas de ellas no cuentan con una metodología sólida. Numerosos estudios no especifican los procedimientos clínicos de manera que permitan réplica, carecen de aleatorización y de grupos de comparación.

Estas y otras fallas metodológicas dificultan orientar a investigadores y clínicos para diseñar, seleccionar o recrear intervenciones basadas en ACT, que ayuden a contrarrestar los efectos de padecer cáncer de mama. Esto es especialmente relevante en enfoques grupales, que serían importantes para la atención en nuestro país, por la numerosa población que requiere atención psicológica, que limita la viabilidad de trabajo individual.

En virtud de lo anterior y del hecho de que es muy probable que las características sociales y culturales de las pacientes mexicanas actúen como moderadoras o mediadoras de los efectos clínicos (en sentido positivo o negativo), el presente trabajo tiene como objetivo explorar las diferencias en las puntuaciones de sintomatología ansiosa, depresiva y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama, después de una intervención grupal basada en ACT, en comparación con una intervención grupal de corte tradicional psicodinámico.

CAPÍTULO 4. DISEÑO Y MÉTODO

Diseño

El presente estudio se basó en un diseño experimental. A través de una aleatorización simple se asignó a las pacientes ya sea al grupo experimental (grupo ACT) o a un grupo control de corte psicodinámico.

Escenario clínico

El escenario fue el cuarto piso del edificio de la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA) del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición *Salvador Zubirán* (INCMNSZ).

Participantes

Se reclutaron pacientes de Enero a Diciembre de 2018 mediante la revisión los expedientes de las posibles candidatas que asistieron a la consulta externa de cáncer de mama del departamento de Oncología del Instituto. A las pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión se les invitó a participar:

- A. - Mujeres
- B. - Pacientes que asisten al Servicio de Oncología con diagnóstico histológico confirmado de cáncer de mama invasor
- C. - Que se encuentren en tratamiento activo
- D. - En etapas I a III de cáncer
- E. - Que tengan conciencia de enfermedad
- F. - Que firmen el consentimiento informado

Los criterios de exclusión fueron:

- A. - Menores de edad

- B. - Pacientes en fases avanzadas de la enfermedad (enfermedad metastásica o recaída de enfermedad).
- C. - Condiciones que impidan a la paciente contestar por sí misma los instrumentos propios del proyecto (analfabetismo, ceguera, retraso mental, delirium, etc.)
- D. - Psicosis o trastornos psiquiátricos mayores
- E. - No firmar el consentimiento informado

Como único criterio de eliminación incluyeron aquellos pacientes que no terminaran la evaluación o no acudieran regularmente a las sesiones de intervención.

De las 217 participantes potenciales 189 reunieron los criterios de inclusión. De éstas 171 (90%) no aceptaron participar por los siguientes motivos:

- Cuidado de hijos: 2 (1.16%).
- Movilidad: 3 (1.75%).
- Ya recibían atención: 3 (1.75%).
- No lo consideraban necesario: 10 (5.84%).
- Trabajo: 10 (5.84%).
- Complicaciones médicas: 21 (12.28%).
- Vivir fuera de la ciudad: 24 (14%).
- No describieron el motivo: 70 (40.93%).

Al final el número total de participantes fue de **49** las cuales se asignaron aleatoriamente a uno de los dos tratamientos clínicos.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Tabla 6

Clasificación y definición.

Variables

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Síntomas Depresivos	Falta de interés y placer en actividades diarias, subir o bajar de peso de modo significativo, insomnio o sueño excesivo, falta extrema de energía, incapacidad para concentrarse, irritabilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (APA, 2017).	Puntuaciones en la sub-escala de depresión, del HADS: escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Zigmond & Snaith, 1983) validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015).	Dependiente
Síntomas ansiosos	Tensión, nerviosismo, preocupación o temor notorio y desagradable. Suele cursar con síntomas físicos importantes ante situaciones percibidas como amenaza y con activación del sistema nervioso simpático (Mendéz et al, 2004).	Puntuaciones de la sub-escala ansiedad del HADS.	Dependiente

Calidad de Vida	Percepción de salud tras el impacto provocado por la enfermedad o su tratamiento. Sentimiento de bajo bienestar y capacidad de actuación (funcionalismo). Se analizan en los dominios físico, emocional y social (Urzúa, 2010).	Cuestionario de Calidad de vida EORTC-QLQ-C30 Y QLQBR-23.	Dependiente
Intervención basada en terapia de aceptación y compromiso.	Promueve la aceptación y atención consciente así como compromiso y activación conductual para generar flexibilidad psicológica. Busca un enfoque más abierto, centrado y comprometido con los valores personales (Hayes, 2014).	Reunión de 8 a 10 pacientes durante 12 sesiones (90 minutos c/u) con estrategias para reducir malestar emocional, practicar ejercicios basados en metáforas, técnicas de relajación y psicoeducación.	Independiente
Grupo Control con Intervención psicodinámica	Incluye exploración y planificación de procesos y focalización, buscando cambios intrapsíquicos (Klein, 1985).	Reunión de 8 a 10 pacientes, durante doce sesiones de tratamiento, cada una de 90 minutos, una vez por semana con: elaboración de duelo por pérdidas tras la enfermedad (por Psiquiatra del	<u>Independiente</u>

		Instituto).	
Edad	Tiempo que ha vivido la persona al día de iniciar el estudio.	Autoinforme del paciente	Cuantitativa, continua
Estadio	Extensión del cáncer en base a los resultados de exámenes médicos, estudios por imágenes (radiografías, tomografías computarizadas, biopsia, etc.) American Cancer society, 2021.	Dato obtenido del expediente clínico de la paciente.	Cuantitativa
Lugar de residencia	Sitio o región donde reside actualmente la participante.	Obtenido por autorreporte de la paciente.	Cualitativa
Tipo de cirugía	Técnica usada para retirar un tumor en el tratamiento del cáncer.	Obtenido por expediente clínico	Cualitativa
Tiempo desde el diagnóstico	Duración en años, meses o días desde el diagnóstico del cáncer.	Obtenido del expediente clínico	Cuantitativa

Medición

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Es una escala (HADS por sus siglas en inglés), creada por Zigmond y Snaith (1983). Es un cuestionario ampliamente utilizado para detectar malestar emocional en poblaciones con enfermedades físicas en hospitales, ha mostrado fiabilidad y validez, puede usarse como prueba diagnóstica o para evaluar la gravedad del trastorno (Rivera et al. 2006).

Se compone de dos subescalas (HAD-A ansiedad y HAD-D depresión). Consta de 14 reactivos divididos en dos sub escalas con siete reactivos. Cada reactivo puntúa de 0 a 3, donde “0” significa que no se experimentan síntomas y 3 que se experimentan o sienten intensamente. Los puntos de corte originales, recomendados en el caso de ambas escalas para designar una condición como clínicamente presente es diez o más. El puntaje máximo en cada subescala es de 21. En México se ha validado para depresión con sensibilidad y especificidad de 7 puntos Kappa de 0.73, con consistencia interna de .82 para depresión y ansiedad 8 putos con consistencia interna de 0.81.

Es breve y de fácil aplicación lo cual simplifica su uso en ámbitos clínicos, sus reactivos, se relacionan con contenidos relevantes en contextos de salud. En el caso de síntomas ansiosos, una ventaja es que excluye síntomas somáticos tales como: dolor de cabeza, pérdida de peso, e insomnio, que pueden generar confusión por estar presentes por la propia enfermedad, es decir por razones no psicológicas (Reem *et al.*, 2017).

Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer (EORT QLQ-C30)

Se emplea actualmente en varios tipos de estudios con personas con diagnóstico de cáncer en la práctica clínica. Es un cuestionario de CV ampliamente empleado en ensayos clínicos en Europa, América latina y en el resto del mundo. Es un cuestionario específico para cáncer, traducido a más de 80 idiomas y está compuesto por 30 preguntas o reactivos que valoran la CV en relación con aspectos físicos, emocionales, sociales y, en general, el nivel de funcionalidad de los pacientes. El cuestionario evalúa la CV de la última semana anterior a la aplicación.

El cuestionario se encuentra compuesto por las siguientes áreas:

- Estado de salud general por sus siglas en ingles QL2 (Global Health status).
- Escalas funcionales: Funcionamiento físico (PF2), funcionamiento de rol (RF2), funcionamiento emocional (EF), Funcionamiento cognitivo (CF), Funcionamiento social (SF).
- Escalas de síntomas: fatiga FA, náusea, NV, dolor PA, disnea DY, insomnio SL, pérdida de apetito AP, constipación CO, Diarrea, DI, y dificultades financieras, FI. Incluye un módulo aplicable únicamente a cáncer de mama (QLQ-BR23), con 23 preguntas específicas sobre: imagen corporal, BRBI, Funcionamiento sexual, BRSEF, disfrute sexual BRSEE, perspectiva futura, BRFU, efectos de la terapia médica, BRST, síntomas del cáncer de mamá, BRBS, síntomas en brazos, BRAS y disgusto por pérdida de cabello, BRHL.

Se asignan valores de 1 a 4 (donde 1 es: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho) según las respuestas del paciente al reactivo, solo en los reactivos 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (de 1: pésima, a 7: excelente). Las puntuaciones se estandarizan y se obtiene un puntaje entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente en cada escala. Los valores altos en las escalas de salud global y estado función indican una mejor CV (Ibañez, 2013).

Procedimiento

Previo a la aplicación de la intervención, en el área de psicología del INCMNSZ se diseñaron cartas descriptivas de intervención para el grupo experimental en conjunto con la Universidad *Rey Juan Carlos* de Madrid. El diseño de las cartas descriptivas estuvo enfocado en cuatro áreas específicas que se acordaron en cuatro módulos: Manejo de estrés, aceptación de la enfermedad, regulación emocional y apoyo social.

1.- Todos los días se revisaban las historias clínicas de las pacientes para buscar los que cumplieran con los criterios de inclusión. Con esta lista, se acudía a la consulta externa de Oncología del Instituto para captar e invitar a las pacientes a participar. Previa firma del consentimiento informado, se acordaban horarios disponibles para asignarlas a alguna de las intervenciones.

Los instrumentos mencionados se aplicaban al inicio del estudio y el último día del mismo, así como durante los seguimientos.

2.- Una vez obtenidos los cuestionarios iniciales, se realizó una asignación aleatoria a los grupos, el experimental y el control. El experimental tuvo duración de 16 sesiones y grupo control de 16 sesiones, en cada uno de los grupos se realizó una intervención grupal.

3.- La intervención incluyó los cuatro módulos descritos, al grupo experimental, implementados por un(a) psicólogo con formación en terapia cognitivo conductual. El grupo control recibió una intervención con enfoque psicodinámico a cargo de un Psiquiatra con formación psicoanalítica y una psicóloga en formación.

4.- Posterior a la intervención se aplicaron los cuestionarios y nuevamente a los tres meses.

5.- Se realizó un vaciado de los datos obtenidos en el programa SPSS, y se hicieron los análisis estadísticos.

A continuación se detallan los módulos implementados en la intervención ACT, los tiempos señalados son aproximados:

Tabla 7**Procedimiento de intervención del grupo experimental**

MODULO DE MANEJO DE ESTRÉS "CONOCIÉNDOME A MI MISMA"				
	Sesión I	Sesión II	Sesión III	Sesión IV
Introducción a la sesión	Introducción al estrés Tiempo:15 min	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) tiempo: 10 min	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) tiempo: 10 min	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) tiempo: 10 min
Ejercicios	Pensamientos y emociones: "la mancha" Siendo consciente adentro y afuera tiempo: 25 min	Bodyscan Tiempo: 20 min	Bodyscan y Siendo consciente adentro y afuera (repaso) Actividad de la pasa Tiempo: 25 min	Mindful movements Tiempo: 20 min
Historias de contenido reflexivo	N/A	Nunca te prometí un jardín. Historias para crecer, recetas para sanar. Remen, 1996. Tiempo: 10 minutos	La vida es sólo para los que están bien. Historias para crecer, recetas para sanar. Remen, 1996. Tiempo 10 minutos	Por fin. Historias para crecer, recetas para sanar. Remen, 1996. Tiempo:10 minutos
Diálogo	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo: 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo: 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día Tiempo:10 minutos.	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día Tiempo:10 minutos
Actividad extra	Explicar qué son las			Cierre del taller:

	técnicas de mindfulness tiempo: 10 minutos	N/A	N/A	Mencionar la importancia del mindfulness en la práctica del día a día Tiempo:10 minutos
Indicaciones para la semana (actividad para casa).	Pausas durante el día Sobre una experiencia placentera 5 minutos	Pausas durante el día Sobre una experiencia placentera 5 minutos	Pausas durante el día Sobre una experiencia placentera Actividad rutinaria (conciencia) 5 minutos	N/A
Material de Apoyo.	Esquema de la mancha Historia del día Tiempo: 1 hora 5 min	Historia del día Tiempo: 55 minutos	Pasas Historia del día Tiempo : 1 hora	Tapete para yoga. Historia del día Tiempo : 1 hora
Tiempo total.	1 hora 5 minutos	Tiempo: 55 minutos	1 hora	1 hora
SEGUNDO MÓDULO DE ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD "CAMINANDO HACIA LA ACEPTACIÓN"				
Brindar una Introducción a la sesión	Bienvenida al módulo -Explicar bases de ACT 15 minutos	Experiencias durante la semana (retroalimentación) 10 minutos	Experiencias durante la semana (retroalimentación) 10 minutos	Experiencias durante la semana (retroalimentación) 10 minutos
Ejercicios	La metáfora del hombre en el hoyo.	DAFO	¿Qué quiere hacer con su vida? Formulario	Ejercicio del observador Auto-instrucciones

	25 minutos	25 minutos	narrativo de valores Formulario de Estimación de Valores Practicando mi propio perdón. 25, 15, 15 y 25 minutos	Darse las gracias a usted misma 15, 25 y 20 minutos
Historias de contenido reflexivo	“Obstáculos” 15 minutos	La metáfora del jardín. 25 minutos	La mosca y el samurái. 10 minutos	Las ranitas en la nata. 10 minutos
Diálogo	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo:10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día. Tiempo: 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día. Tiempo:10 minutos.	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo:10 minutos
Actividad extra	VÍDEO DE “EL CIRCO DE LAS MARIPOSAS” Tiempo: 10 minutos	N / A	N / A	Cierre del taller: 3. Trabajar la definición del yo a partir de todas las experiencias vividas en momentos determinados Tiempo:10 minutos
Indicaciones para la semana(actividad para casa).				N/A

Material de Apoyo.	Cuento y Video	Formato DAFO	Formatos valores	Historia del día
Tiempo total.	1 hora 5 mins	55 mins	1 hora	1 hora
TERCER MÓDULO: REGULACIÓN EMOCIONAL "EL MUNDO DE LAS EMOCIONES"				
Introducción a la sesión	Bienvenida al módulo Explicar ¿qué son las emociones? Tiempo: 15 minutos	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) Tiempo: 10 minutos	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) Tiempo:10 minutos	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) Tiempo:10 minutos
Ejercicios	Representando emociones Componentes de las emociones Nuestra interpretación es clave ¿Cómo funcionan las emociones Tiempo: 15, 20, 15 y 10 y 10 minutos	Yo siento Mitos sobre las emociones Las leyes emocionales Tiempo:15, 20 y 35 minutos	¿Dónde sientes determinada emoción? Coloréate La metáfora del autobús Aceptación de la Ansiedad tiempo: 25, 15, 15 y 25 minutos	Beneficios de las emociones positivas. Ejercicio 2: Buenos recuerdos Ejercicio 3: Aprender de las emociones. Tiempo: 20, 20 y 25 minutos
Historias de contenido reflexivo	"Obstáculos" Tiempo: 15 minutos			
Diálogo	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo: 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo:10 minutos.	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo: 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día tiempo: 10 minutos
Actividad	¿Blanco o	La metáfora	Ejercicio: Saca	Atención a las

extra	negro? 10 minutos	de la tristeza y la furia	tu lado más creativo Ejercicio: Esta emoción no la quiero...Porque es mala. Ejercicio: ¿A qué has renunciado esta semana?	emociones pasadas Ejercicio: Dilema emocional. La felicidad está por todos lados. Ejercicio 8: Gratitud. Tiempo: 10 minutos
-------	----------------------	---------------------------	---	---

Indicaciones para la semana(actividad para casa).	Tarea 1: Ejercicio de etiquetación emocional: Tarea 2: Autorregistro	Tarea 1: Los mensajes de las emociones Tarea 2: Diario emocional	Tarea 1: Diario emocional	N / A
Material de Apoyo.	Formatos (resumen de lo visto en sesión	Formatos (resumen de lo visto en sesión)	Formatos(resumen de lo visto en sesión)	Formatos (resumen de lo visto en sesión)
Tiempo total.	1 hora 5 minutos	55 minutos	1 hora	1 hora

**MÓDULO 4: APOYO SOCIAL
"CONSTRUYENDO MI RED"**

Brindar una Introducción a la sesión	Bienvenida al módulo Introducción ¿Qué es una red de apoyo? 15 minutos	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) 10 minutos	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) 10 minutos	Experiencias durante la semana (retro-alimentación) 10 minutos
Ejercicios	Ejercicio 1. Construyendo mi red. Ejercicio 2. Elaboración	Ejercicio 1. Identificación de situaciones de conflicto Ejercicio 2.	Componentes psicológicos y comunicación ¿Cómo plantear una respuesta	Dificultades en el camino a la asertividad Algunas características

	de Directorio de apoyo: 30 y 20 minutos	reconociendo mi modo de comunicarme: 20 y 35 minutos	asertiva? Derechos Asertivos 30, 30 y 20 minutos	de la comunicación asertiva Ejercicio. Comunicación asertiva para el apoyo social 20, 20 y 25 minutos
--	--	---	---	--

Historias de contenido reflexivo	-	-	-	-
Diálogo	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día 10 minutos	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día 10 minutos
Indicaciones para la semana (actividad para casa).		Tarea 1: ejercicio de reflexión	Tarea 1: Derechos asertivos	N / A
Material de Apoyo.		Formatos	Carta de derechos asertivos	Formatos
Actividad extra	-	-	-	-
Tiempo total.	1 hora 5 minutos	55 minutos	1 hora	1 hora

Procedimiento de intervención con grupo control

Los grupos de la maniobra control fueron impartidos en 16 sesiones, de una hora y media cada una vez por semana. En todas, se encontraron 2 psicoterapeutas: En cada sesión se abordaban los temas principales que traían las integrantes del grupo, las preocupaciones, dificultades y aciertos. Después de la 8ª sesión se impartió una sesión prolongada de 3

horas donde las participantes realizaron ejercicios físicos de caldeoamiento, relajación e imaginería, pidiendo que cada una imaginara cómo se despedía de su tumor. Posteriormente se realizó dramatización de lo imaginado y al final se compartió en cada grupo las emociones y pensamientos suscitados por la sesión prolongada.

Análisis estadístico

Se calculó estadística descriptiva en medidas de frecuencia y porcentaje para las variables discretas y de tendencia central y dispersión para las variables continuas.

Para explorar las diferencias entre los dos grupos en alguna de las variables sociodemográficas o médicas, se calculó una prueba T para grupos independientes en el caso de las variables continuas y se contrastó la hipótesis nula (de no asociación) con la prueba Chi cuadrada en el caso de las variables discretas (nominales).

Para estimar el efecto de las intervenciones en general y de cada una en particular sobre la sintomatología ansiosa, depresiva y la calidad de vida, se calculó un análisis de varianza con medidas repetidas. El análisis fue de naturaleza intra-sujetos con evaluaciones pre-post intervención. Como factor inter-sujetos se estableció el grupo de tratamiento al que pertenecían (grupo control vs ACT).

Previo a este análisis se definió si existían "outliers" (valores extremos) a través del análisis visual de diagramas de "caja y bigotes" de cada una de las puntuaciones pre y post de las variables, sin encontrar valores extremos. Se estableció como punto de corte para significancia estadística el valor convencional de probabilidad asociada de $p < .05$. Podemos observar la comparación entre los puntajes iniciales y post intervención en la tabla 8.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla 5. Datos sociodemográficos de las participantes

Variables sociodemográficas	Grupo Control (n=21)				Grupo Experimental (n=28)			
	n	(%)	Media	(DE)	n	(%)	Media	(DE)
Edad			54.05	11.13			51.86	9.71
Lugar residencia								
México	18	85.71			16	57.14		
España	3	14.29			12	42.86		
Escolaridad								
Sin estudios	1	4.76			0	0.0		
Primaria	2	9.52			0	0.0		
Secundaria	1	4.76			5	17.86		
Preparatoria	4	19.05			4	14.29		
Bachillerato	4	19.05			4	14.29		
Carrera Técnica	2	9.52			4	14.29		
Licenciatura	10	47.62			8	28.57		
Maestría	1	4.76			0	0.0		
Posgrado	0	0.00			1	3.57		
Ocupación								
Ocupación no especificada	1	4.76			7	25		
Profesionistas	3	14.29			2	7.14		
Trabajos de la educación	3	14.29			0	0.0		
Comerciantes y agente de ventas	2	9.52			4	14.29		
Trabajadores en servicios personales	0	0.00			2	7.14		
No trabaja	2	9.52			3	10.71		
Trabajadores domésticos	10	47.62			7	25		
Estado civil								
Soltera	7	33.33			6	21.43		
Casada	7	33.33			17	60.71		
Divorciada	4	19.05			2	7.14		
Viuda	2	9.52			0	0.0		
Unión libre	1	4.76			2	7.14		

Tabla 5-B. Clasificación por estadios clínicos de las participantes al momento de su inclusión en el estudio:

Clasificación por estadio	Grupo control		Grupo experimental	
	N	%	N	%
IA y IB	5	23.81	7	25
IIA y IIB	6	28.57	8	28.57
IIA,IIIB Y IIIC	4	19.05	2	7.14
IV, metastásico	1	4.76	0	0.0

La tabla 5 describe los datos sociodemográficos de las participantes y la Tabla 5-B la clasificación por estadios clínicos de las participantes al momento de su inclusión en el estudio.

Tabla 8
Niveles de Ansiedad y Depresión reportados antes y después del tratamiento

	Grupo Control (n=21)				Grupo Experimental (n=28)				Efecto Principal	Efecto de interacción
	Pre		Post		Pre		Post			
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Total Ansiedad HAD	8.89	3.76	10.22	6.16	8.76	4.21	7.42	5.38		
Total Depresión HAD	5.44	2.12	7.44	6.91	7.5	4.60	5.80	4.69		
Calidad de Vida Total	69.58	21.84	72.50	17.12	65.17	25.36	73.21	20.20		
Funcionamiento físico	83.66	12.69	83.83	18.00	81.42	19.48	88.09	14.09		
Funcionamiento de Rol	77.5	27.18	60.83	81.87	73.80	34.67	80.95	20.14		
Funcionamiento emocional	63.75	24.96	69.58	24.82	57.34	31.42	75.89	19.0211	*	
Funcionamiento cognitivo	81.66	20.16	70.83	30.04	69.64	30.10	66.66	63.18		
Impacto económico	40.00	38.38	30.00	30.40	32.00	33.94	22.22	32.02	*	
Imagen	70.4	33.8	74.8	24.0	69.6	32.8	77.9	21.54		

corporal	1	2	6	89	4	8	7		
Funcionamiento sexual.	25.4	27.0	22.5	17.6	24.4	21.5	27.3	23.66	
	9	7	4	1	0	0	8		
Disfrute sexual	55.5	19.2	44.4	19.2	52.7	26.4	69.4	22.28	*
	5	4	4	4	7	3	4		
Preocupación del Futuro	53.3	31.3	61.6	29.1	48.8	33.3	61.9	31.05	*
	3	4	6	6	0	1	0		

DE= Desviación Estándar,

*p<.05

Aumento en la media

Disminución de la media.

Los efectos principales que podemos observar fueron: funcionamiento emocional, el impacto económico y la preocupación por el futuro, que son áreas que forman parte de la calidad de vida en las que las participantes percibieron mejoría independientemente del grupo al que fueron asignadas. El disfrute sexual mejoró significativamente únicamente en el grupo experimental, y se puede observar que no en el grupo control, además de una tendencia a la mejoría en diversas áreas, en el grupo experimental, aunque no alcanzaron una significancia estadística.

A continuación se muestra el análisis gráfico de la sintomatología afectiva evaluada con la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión(HADS).

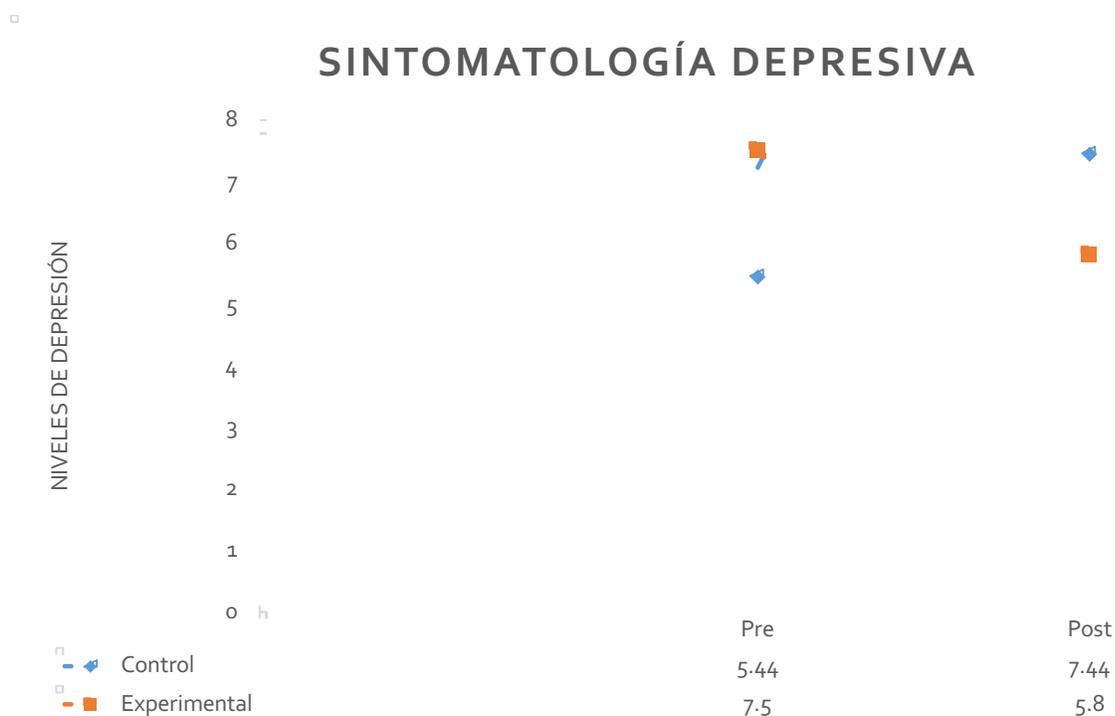
Figura 1
Efectos en sintomatología ansiosa



En lo que respecta a los síntomas ansiosos, no se encontraron diferencias significativas en sentido estadístico entre ambos grupos ($F=.768$; $gl=1$; $p>0.05$). El análisis visual muestra que sí hubo una clara tendencia a la mejoría en el grupo experimental. El grupo control inició con prácticamente los mismos índices de Ansiedad ($M=8.89$, $DE=3.75$) y al terminar, los síntomas aumentaron ($M=10.22$, $DE= 6.15$), en contraste con el grupo experimental en el que los síntomas se redujeron de ($M=8.76$ a $M=7.42$).

Figura 2

Efectos en sintomatología Depresiva, antes y después del tratamiento



De la misma manera, no se encontró un efecto significativo en sentido estadístico ($F=.17;gl=1;p>0.05$). Sin embargo, el análisis visual también muestra una clara tendencia a la mejoría de los síntomas en el grupo experimental, esta es la media antes del tratamiento, ($M=7.5$, $DE=4.60$), y después de la intervención, con ($M=5.8$, $DE=4.69$).

La Figura 3 muestra el análisis de la calidad de vida según la escala EORTC-QLQ-C30. Se observan tendencias a la mejoría en la calidad de vida después de la intervención basada en ACT. Iniciaron las pacientes con niveles más bajos, que el grupo control ($M=65.17$). Con respecto al grupo

control también se mostró alguna tendencia a la mejoría en la calidad de vida.

Figura 3

Efectos sobre calidad de vida antes y después del tratamiento



En cuanto a las áreas relacionadas con la calidad de vida, las participantes de ambos grupos mostraron mejorías que alcanzaron significancia estadística en: 1. el funcionamiento emocional, 2. el impacto económico y 3. la preocupación acerca del futuro. Las figuras 4, 5 y 6 muestran dichas mejorías.

Figura 4
Efecto en el funcionamiento emocional



Figura 5
Efecto del impacto económico



Figura 6

Efecto en la preocupación sobre el futuro.

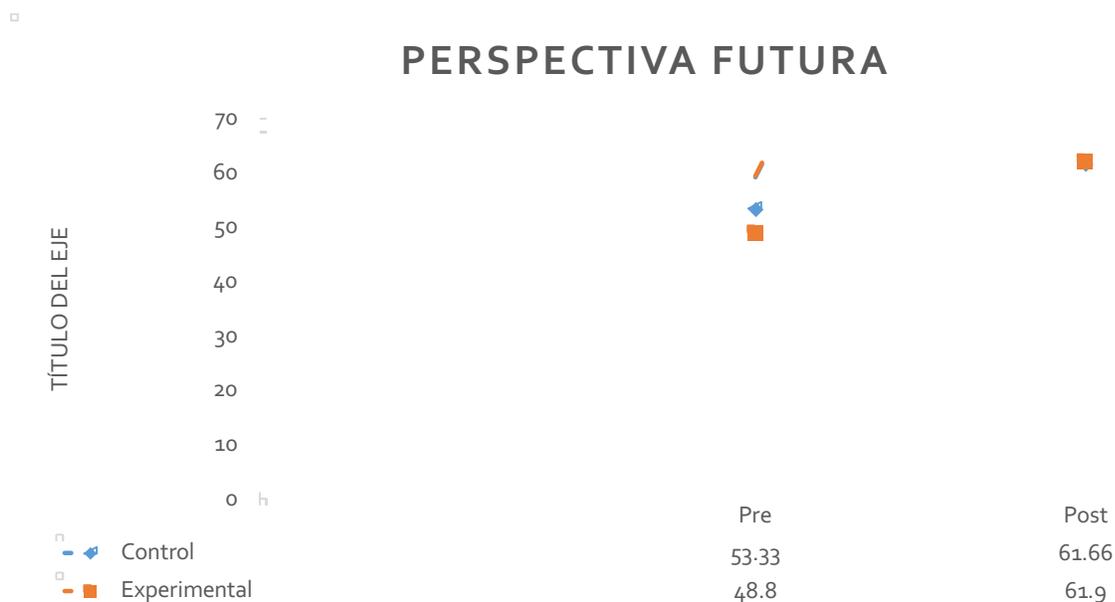
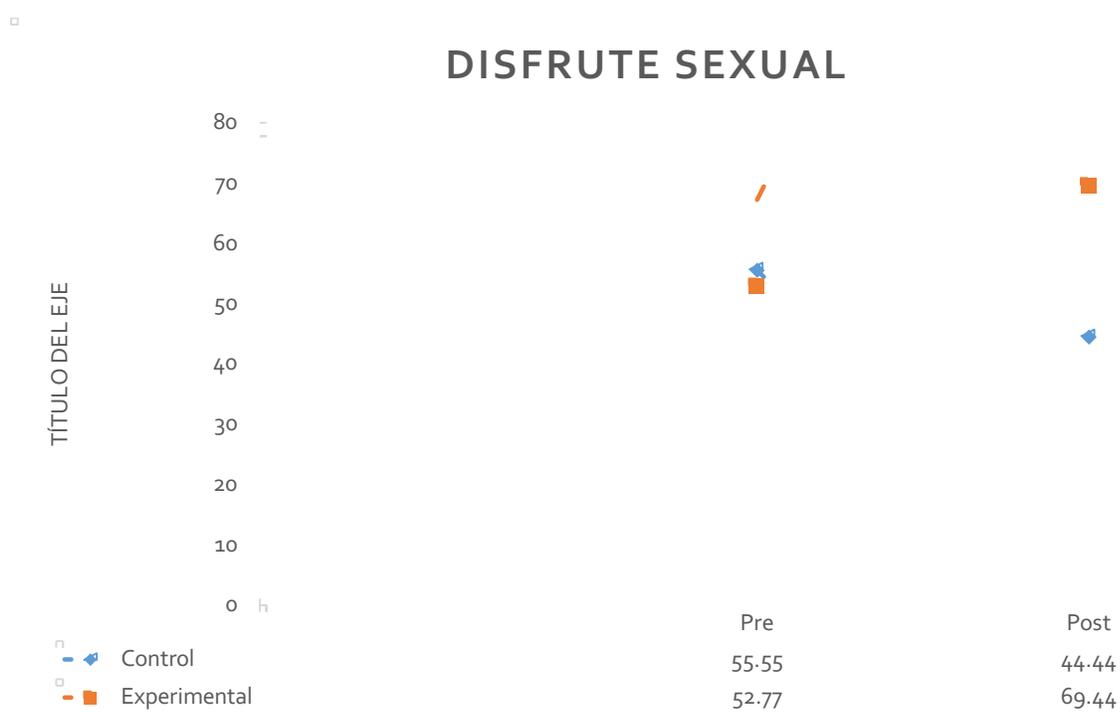


Figura 7

Disfrute sexual antes y después del tratamiento



El área en la que la mejoría fue exclusiva para el grupo de ACT fue el disfrute sexual, que mejoró significativamente al compararlo con el grupo control, pre (M=48.80) y post (61.90), $p > 0.5$. (Figura 7).

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo el objetivo de determinar el impacto de ACT sobre sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida, en personas con cáncer de mama. Para ello, se usó un diseño experimental en el que se aleatorizó a las participantes en un grupo en el que se les dieron intervenciones basadas en ACT y otro grupo control, proporcionadas por una experta en grupos con fundamentos psicodinámicos.

Aunque que no se encontraron diferencias significativas en sentido estadístico en sintomatología ansiosa o depresiva en alguno de los grupos, sí se encontró una muy clara tendencia a mayor mejoría en el grupo experimental y muy probablemente se trata de una mejoría clínicamente significativa con el tratamiento con ACT.

Estos cambios son similares a los obtenidos en los estudios de Páez y colaboradores (2005), en los que se observaron cambios pre y post, sin significancia estadística inmediata, aunque sí a largo plazo, después de un tratamiento basado en ACT.

Los presentes resultados también son similares a los de Mohabat-Bahar, con un diseño cuasiexperimental y un número de participantes más cercano al del presente estudio. Sus mediciones pre y post, donde no arrojaron resultados estadísticamente significativos, pero sí tendencias a la disminución de síntomas de ansiedad y depresión. Cabe resaltar que en ese estudio, no asignaron las participantes aleatoriamente a las condiciones por lo que no se puede suponer que fueron grupos comparables respecto a variables contaminantes. Por último el estudio de Lantheaume, mostró tendencias a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, solo que no incluyó un grupo de comparación.

Contrastando estudios se puede comentar que no existen evidencias claras o contundentes de mejoría en sintomatología ansiosa y depresiva, bajo una

intervención centrada en aceptación y compromiso. Parecen ser mucho más consistentes estudios basados en técnicas cognitivo conductuales de segunda generación enfocadas en mejorar el estado afectivo y el enfrentamiento de la enfermedad, mediante la modificación de esquemas cognitivos desadaptativos y la disminución de la angustia. Esos tratamientos incluyen estrategias basadas en entrenamiento en relajación muscular progresiva profunda o reestructuración de esquemas cognitivos como señala el metaanálisis de Duk en 2018.

Un meta análisis más reciente (2020) exploró el efecto de las intervenciones psicológicas en los niveles de ansiedad en mujeres con cáncer de mama, en el que se incluyeron 17 estudios (7 basados en terapias de 2a generación, 7 basados en terapias de 3a generación entre las que destacan ACT, dos enfoques humanistas y uno con intervención de tipo psicoanalítico. Su análisis reveló, en general efectos relativamente modestos aunque no fue posible determinar la eficacia, debido a fallas en aleatorización y reporte de medidas pre y post en muchos estudios.

Una revisión sistemática realizada por Villanova en 2019, mostró mejoría significativa en síntomas de ansiedad y depresión, con estudios basados únicamente en mindfulness, específicamente con técnicas de meditación transcendental. Esto apunta hacia la interrogante sobre intervenciones basadas únicamente en estas técnicas para corroborar, si es más benéfico implementar las técnicas de mindfulness por sí solas, en el caso de mujeres con cáncer de mama.

Específicamente con respecto a los niveles de depresión, tampoco ha habido mejoría significativa en estado de ánimo en revisiones a corto y largo plazo, aunque se detectan diferencias significativas en modificación de esquemas cognitivos y mejora en el proceso emocional, acorde con Guarino en 2020. Un meta análisis en México en 2013 mostró disminución de síntomas depresivos y ansiosos, basado en terapia cognitivo conductual de segunda generación, aunque varios estudios presentaron problemas metodológicos.

Es de destacarse que la TCC en combinación con hipnosis, mostró notable mejoría (Galindo, 2013).

Si bien el presente estudio no mostró mejoría estadísticamente significativa en la percepción de calidad de vida total para ninguno de los grupos sí fue notoria una tendencia a la mejoría, principalmente en el grupo tratado con ACT. Estos resultados son consistentes con los datos arrojados por Páez, Feros y Lantheaume (2005) aunque en esos estudios las participantes fueron pocas y en el de Feros, no hubo grupo control.

Es probable que otras estrategias de intervención que han mostrado mejorías más importantes, como las derivadas de terapia cognitivo conductual, parte de la mejoría pueda atribuirse a la inclusión de asesoramiento por medio de psicoeducación, manejo de crisis, habilidades afectivas y cognitivas acorde con Matsuda *et al.* (2018), Guarino *et al.*, 2020 y Bellver-Pérez *et al.*, 2019.

El presente estudio mostró en calidad de vida que ambos grupos mejoraron y alcanzaron significancia estadística en funcionamiento emocional, efecto del impacto económico y preocupación por el futuro. Esto adquiere sentido en el contexto de que la ACT, busca disminuir la evitación experiencial, que surge tanto al recibir el diagnóstico, durante del tratamiento y al finalizar el mismo. Esto incluye pensamientos, sentimientos y recuerdos desagradables, durante la enfermedad y la experiencia común es tratar de evitarlas.

Al realizar el presente estudio una de las razones por las cuales algunas mujeres con cáncer de mamá, eligieron no participar, tenía que ver, con “no sentirse listas para, o no querer hablar del tema.” Ya sea por el mismo tratamiento médico y la vulnerabilidad física, así como los efectos psicológicos, las pacientes tienden a disminuir su participación en actividades que podrían resultar valiosas. Esta situación puede ser la raíz de problemas emocionales o agregarse a éstos. Al usar la estrategia de

evitación, la angustia emocional se alivia a corto plazo, sin embargo las pacientes quedan "atrapadas" en un ciclo de control por evitar una experiencia desagradable (por pensamientos o emociones). Esto las haría prestar menos atención a los valores que guían su vida.

La terapia implementada en el presente estudio busca la aceptación: contactar directa, activa y plenamente experiencias psicológicas, sin una defensa innecesaria, mientras se comporta de manera eficaz, (Hayes et al, 1996). Es probable que experiencias previas angustiantes, como el impacto económico, preocupación por el futuro, que impactan en el funcionamiento emocional, dejen de tener relevancia, al enfrentar la angustia o lucha , a aquellas tareas o situaciones que resultan amenazantes.

De ser así, el acompañamiento terapéutico en muy variados enfoques podrían ser tratamientos útiles para afrontar dificultades emocionales en pacientes con cáncer de mama.

El área en la que sí se observa claramente el efecto benéfico de ACT, fue la sexualidad, no en el funcionamiento sexual sino en disfrutarlo. Uno de los efectos tras el tratamiento médico, tiene que ver con los cambios en imagen corporal, como es la alopecia, extirpación de mama, que generan deterioro en la percepción de su sexualidad, generando problemas sexuales, específicamente en deseo sexual (Mejía-Rojas *et al.*, 2020).

Estas razones dificultarían el disfrute sexual global y datos preliminares sugieren que la ACT, puede ser un acercamiento útil en el manejo de problemas sexuales, principalmente con respecto a las barreras psicológicas que impiden el disfrute de la vida sexual. Al enfrentar las preocupaciones, temores, pensamientos y sensaciones temidas, estas mismas se recontextualizan como un aspecto inherente de la experiencia de cáncer de mama. Al buscar retomar la vida sexual bajo otro objetivo, se generaría mayor disfrute sexual, dado por la congruencia y el esclarecimiento de los valores personales, mas importantes.

En este contexto, retomar los aspectos de la vida sexual, los revalorizaría como aspecto fundamental en sus vidas. Esta faceta se retomaba durante las sesiones, al igual que conservar y trabajar en las relaciones sociales, así como su red de apoyo. Así, la intervención mediante ACT requiere un abordaje más específico centrado en la imagen corporal y la sexualidad de las participantes.

ACT incluye técnicas basadas en mindfulness, que suelen generar una relación positiva entre la práctica de la meditación y los síntomas del cáncer de mama, al llevar a la persona a aceptar sus experiencias internas sin juzgar, reducir respuestas habituales o automáticas ante el estrés y desarrollar otra visión de los acontecimientos de su vida.

Se trata de aspectos que no se pueden cambiar como es el caso de las alteraciones post tratamiento, basado en quimioterapia o mastectomías. Stephenson y Kerth (2017) notaron que Mindfulness ejercía mayor impacto en los aspectos mentales del desempeño sexual, incluido el deseo y la excitación sexuales. Este efecto probablemente se relaciona con una capacidad general para aumentar la conciencia de concentración sensorial, motivación y excitación sexual. Simultáneamente se suelen eliminar actitudes y pensamientos negativos, que puedan influir en el disfrute sexual.

En sentido metodológico, la mayoría de las investigaciones sobre el impacto de mindfulness en la conducta sexual, se han concentrado en el funcionamiento sexual, basándose en medidas de tipo más cuantitativo, como la cantidad de lubricación y el dolor, al tener relaciones sexuales (Van Driel *et al.*, 2019). Estudios como los de Brotto *et al.* (2018) y Bober *et al.* (2018) sugieren que las intervenciones, más que tener efectos en el dominio del dolor, mejoran aspectos del desempeño sexual. Sería interesante que en estudios posteriores se observara el disfrute sexual en ambas parejas así como la frecuencia de relaciones sexuales. Los componentes mindfulness

del presente estudio facilita el disfrute sexual, lo que puede recomendarse además del tratamiento médico en hospitales o centros de atención oncológica en mujeres con cáncer de mama.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el número final pequeño de participantes. Aunque se intentó recolectar datos de seguimiento, muchas participantes abandonaron los seguimientos, por lo que sería conveniente hacer énfasis en su retención o recuperación para estimar el impacto a mediano y largo plazo.

En sentido metodológico y a fin de consolidar posibles hallazgos También sería útil agregar medidas objetivas, que permitan contrastar la intervención, tales como marcadores fisiológicos como niveles de cortisol o temperatura distal periférica para cotejar síntomas relacionados con ansiedad.

La diversidad de los tipos de sufrimiento que sufren los pacientes de cáncer en general y las de cáncer de mama en particular hace necesario continuar investigando en torno a tratamientos psicológicos eficaces. Dada la importancia para las relaciones de pareja, como componente agregado a la calidad de vida, el disfrute sexual requiere incorporarse a los estudios como variable dependiente. Procedimientos tomados de la ACT, podrían ser una buena opción de intervención preventiva para mantener o mejorar el bienestar y calidad de vida de las pacientes.

Conclusión

Tanto las intervenciones psicológicas basadas en ACT, como otras intervenciones grupales mejoran en las siguientes áreas de calidad de vida: funcionamiento emocional, percepción del impacto económico y la preocupación acerca del futuro. Es probable que el hecho de sentirse escuchadas y apoyadas, independientemente de la técnica utilizada ayude a disminuir el sufrimiento generado por estas áreas.

Nuevamente, el área en la que la intervención basada en ACT tuvo un significativo impacto positivo en las pacientes fue el disfrute sexual. El efecto probablemente ocurrió debido al aprendizaje por parte de las pacientes a poner mayor atención en el momento presente, la aceptación de experiencias internas sin juzgarlas y el aumento en la conciencia de atención al cuerpo con todos los sentidos.

Referencias

- Aibar, L., Santalla, A., López-Criado, M., González-Pérez, I., Calderón, M., Gallo, J. y Fernández-Parra, J. (2011). Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 38(4), pp. 141-149.
- Al-Sulaiman, R., Bener, A., Doodson, L., Bujassoum, S., Ghuloum, S., Lemaux, A., Bugrein, H., Alassam, R. y Karim, A. (2018). Exploring the effectiveness of crisis counseling and psychoeducation in relation to improving mental well-being, quality of life and treatment compliance of breast cancer patients in Qatar. *International Journal of Women's Health*, (10), pp. 285-298. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29922098/>>.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren, A. y Johansson, G. (2004). Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), pp. 205-213.
- American Cancer Society (s/f-a). *Aspectos básicos sobre el cáncer*. <<https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>>.
- _____ (s/f-b). *Estadificación del cáncer*. <<https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>>.
- American Psychological Association (2017). *Depression*. <<http://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>>.
- Barrios, E. y Garau, M (2017). Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(1), pp. 9-46.
- Barsevick, A., Sweeney, C., Haney, E. y Chung E., A. (2002). Systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), pp. 73-87.
- Bellver-Pérez, A., Peris-Juan, C. y Santaballa-Beltrán, A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 107-114. <<https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-articulo-effectiveness-therapy-group-in-women-S1697260018300942#bib0005>>.
- Bober, S., Recklitis, C., Michaud, A. y Wright, A. (2018). Improvement in sexual function after ovarian cancer: effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer* 124(1), pp. 176-182. <<https://doi.org/10.1002/cncr.30976>>.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L. y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

- worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 68(6), pp. 394–424.
- Brotto, L., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart, G., Thomson, S. y Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), pp. 320–325. <<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.035>>.
- _____ y Goldmeier, D. (2015). Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: the gentle science of finding focus in a multitask world. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), pp. 1687–1689. <<https://doi.org/10.1111/jsm.12941>>.
- Calero, P., Vallejo, L. y Lemus, S. (2015). Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista de Investigación en Salud*, 2(2), pp. 195-218.
- Carlson, L., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E. y Speca, M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(25), pp. 3119-3126.
- Cheng, K., Lim, Y., Koh Z. y Tam, W., (2017). Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011152.pub2/full>>.
- Ching, L., Devi, M. y DNurs, A. (2010). Anxiety in patients with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(25), pp. 1016–1057.
- Cobeanu, O. y David, D. (2018). Alleviation of side effects and distress in breast cancer patients by cognitive-behavioral interventions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, (25), pp. 335-355. <<http://dx.doi.org/10.1007/s10880-017-9526-7>>.
- Classen, C., Kraemer, H., Blasey, C., Giese-Davis, J., Koopman, C., Palesh, O., Atkinson, A., Dimiceli, S., Stonisch-Riggs, G., Westendorp, J., Morrow, G. y Spiegel, D., (2008). Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: A randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology*, 17(5), pp. 438-447.
- Cohee, A., Adams, R., Johns, S., Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P., Stump, T., Cella, D. y Champion, V., (2015). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psychooncology*, 26(1), pp. 22–28.
- Corbett, T., Groarke, A., Devane, D., Carr, E., Walsh, J. y McGuire, B (2019). The effectiveness of psychological interventions for fatigue in cancer survivors:

- systematic review of randomised controlled trials. *Systematics Reviews*, 8(324). <<https://doi.org/10.1186/s13643-019-1230-2>>.
- Daldoul, A., Khechine, W., Bhiri, H., Ammar, N., Bouriga, R., Krir, M., Soltani, S., Zoukar, O., Rhim, M., Bouslah, S., Dimassi, S., Abbess, I., Saidani, Z. y Zaied, S. (2018). Factors predictive of quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), pp. 1671-1675.
- Dialla, P., Chu, W., Roignot, P., Bone-Lepinoy, M., Poillot, M., Coutant, C., Arveux, P. y Dabakuyo-Yonli, T. (2015). Impact of age-related socioeconomic and clinical determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. *Maturitas* 81(3), pp. 362-370.
- Duijts, S., Dalton, S. O., Lundh, M. H., Horsboel, T. A., & Johansen, C. (2017). Cancer survivors and return to work: Current knowledge and future research. *Psycho-Oncology*, 26(5), 715-717. <https://doi.org/10.1002/pon.4235>
- Espinosa, M. (2018). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia*, 2(1), pp. 8-12. <<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>>.
- Farreras-Rozman (2012). *Medicina Interna* (XVII edición). Elsevier.
- Fatiregun, O., Olagunju, A., Erinfolami, A., Fatiregun, O., Arogunmati, O. y Adeyemi, J. (2016). Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), pp. 432-447.
- Fernández, J. y Paz, J. (2015). Efectos de un programa combinado de ejercicios de fuerza y aeróbicos de alta intensidad en pacientes supervivientes al cáncer de mama: estudio piloto. *Apunts. Medicina de L'esport*, 51(189), pp. 3-12.
- Finck, C., Barradas, S., Zengerc, M. y Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), pp. 27-34.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007) Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 4(2-3), pp. 423-446.
- Galindo-Vázquez, O., Pérez-Barrientos, H., Alvarado-Aguilar, S., Rojas-Castillo, E., Álvarez-Avitia, M. y Aguilar-Ponce, J. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), pp. 108-115. <<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-efectos-terapia-cognitivo-conductual-el-X1665920113025797>>.
- García, A. y Tamayo, J. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), pp. 101-125. <<https://doi.org/10.5209/PSIC.63651>>.

- Garza, J. y Juárez, P. (2014). *El cáncer*. Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf>.
- Global Cancer Observatory (2020) *Mexico fact sheet*. <<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>>.
- Goldman, A. (comp.) (2014). *Manual de enfermería oncológica*. Instituto Nacional del Cáncer. <<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>>.
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. García-Tejido, P. Pedrosa, I. y Pérez-Álvarez, M. Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, pp. 75-83.
- Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer. *Danish Medical Bulletin*, 57(9).
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I. y Casagrande, M. (2020). The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1). <https://www.researchgate.net/publication/338550261_The_Effectiveness_of_Psychological_Treatments_in_Women_with_Breast_Cancer_A_Systematic_Review_and_Meta-Analysis>.
- Huang, X., Li, Y., Song, J., & Berry, D. A. (2018). A bayesian simulation model for breast cancer screening, incidence, treatment, and mortality. *Medical Decision Making*, 38(1, Suppl), 78S-88S. <https://doi.org/10.1177/0272989X17714473>
- Ibañez, C., Sierra, F., Sánchez, R. (2013). Adaptación transcultural del cuestionario EORTC QLQ-OES18 para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 17(2), pp. 69-76. <<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-adaptacion-transcultural-del-cuestionario-eortc-X0123901513239257>>.
- International Agency for Research en Cancer (2020). *Human cancer: causes and prevention by organ site*. <https://monographs.iarc.who.int/human_cancer_known_causes_and_prevention_organ_site/>.
- Jafari, A., Goudarzian, A. y Nesami, M. (2018). Depression in women with breast cancer: a systematic review of cross-sectional studies in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(1), pp. 1-7. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844601/>>.
- Jalambadani, Z. y Borji, A. (2019). Effectiveness of Mindfulness-Based Art Therapy on Healthy Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), pp. 193-197. <https://doi:10.4103/apjon.apjon_36_18>.

- Jassim, G., Whitford, D., Hickey, A. y Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008729.pub2/full>>.
- Jiménez G. (2010) *Tratamiento Médico del Cáncer*. Universidad de Costa Rica.
- Johns, S., Stutz, P., Talib, T., Cohee, A., Beck-Coon, K., Brown, L., Wilhelm, L., Monahan, P., LaPradd, M., Champion, V., Miller, K. y Giesler, R. (2020). Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer*, 126(1), pp. 211-218.
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31539169/>>.
- Joly, F., Lange, M., Santos, M., Vaz-Luis, I. y Meglio, A. (2019). Long-Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors. *Cancers (Basel)*, 11(12),
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795208/>>.
- Juárez, I. R., & Almanza Muñoz, J. (Sep-Dic de 2011). Abordaje Psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista Neurología, Neurocorugía y Psiquiatría*.(44), 133-141.
- Junta editorial (octubre de 2018). *Cáncer de mama: tipos de tratamiento*. Cancer.Net.
<<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/tipos-de-tratamiento>>.
- Klein, R. (1985). Some principles of short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), pp. <<https://10.1080/00207284.1985.11491420>>.
- Koh, D., Song, S., Moon, S., Jung, S., Sook, E., Kim, Z., Youn, H., Cho, J., Yoo, Y., Lee, S., Lee, J., Nam, S. y Lee, J. (2019). Adherence to the American Cancer Society Guidelines for Cancer Survivors and Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Survivors. *Nutrients*, 11(12).
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31816813/>>.
- Krebber, A., Buffart, L., Kleijn, G., Riepma, I., Bree, R., Leemans, C., Becker, A., Brug, J., Van Straten, A., Cuijpers, P. y Verdonck-de Leeuw, I. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*, 23(2), pp. 121-130.
- Lam, W., Soong, I., & Yau, T., Wong, K., Tsang, J., Yeo, W., Suen, J., Ho, W., Sze, W., Ng, A., Kwong, A., Suen, D. y Fielding, R. (2013). The evolution of psychological distress trajectories in women diagnosed with advanced breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology*, 22(12), pp. 2831-2839.
- Lantheaume, S., Montagne, M. y Shankland, R. (2020). Intervention centrée sur les ressources pour réduire les troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints de cancer: une étude pilote. *Encephale* 46(1), pp. 13-22.
<<https://doi:10.1016/j.encep.2019.07.005>>.

- Ligt, K., Heins, M., Verloop, J., Ezendam, N., Smorenburg, C., Korevaar, J y Siesling, S. (2019). The impact of health symptoms on health-related quality of life in early stage breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, (178), pp. 703-711. <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-019-05433-3>>.
- Lim, C., Devi, M. y Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(3), pp. 215-235.
- Maass, s., Boerman, l., Verhaak, P., Du, J., Bock, G. y Berendsen, A (2019). Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: A cross-sectional study. *Maturitas*, (130), pp. 6-12. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31706438/>>.
- Martino, M., Gargiulo, A., Lemmo, D., Dolce, P., Barberio, D., Abate, V., Avino, F. y Tortoriello, R. (2019). Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health Psychology Open*, 6(1), pp. 1-9. <<https://doi.org/10.1177/2055102919844501>>.
- Mate, J., Prat, Hollstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psycooncología*, 1(2-3), pp 211-230.
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T. y Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, (23), pp. 21-30. <<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0460-3>>.
- McCaughan, E., Parahoo, K., Hueter, I., Northouse, L. y Bradbury I. (2017). Online support groups for women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <<https://DOI:10.1002/14651858.CD011652.pub2>>.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.520>
- Mejía-Rojas, M., Contreras-Rengifo, A. y Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), pp. 349-361. <<https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>>.
- Meza-Junco, J., Montaña-Loza, A. y Aguayo González, A. (2006). Bases moleculares del Cáncer. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), pp. 56-70. <<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2006/nn061h.pdf>>.
- Meza-Rodríguez, M. (2007). Guía Clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama. *Perinatología y reproducción humana*, (21), pp. 72-80. <<https://es.scribd.com/document/421543433/Guia-Clinica-de-intervencion-psicologica-de-la-mujer-con-cancer-de-mama>>.

- Mitchell, A., Meader, N., Davies, E., Clover, K., Carter, G., Loscalzo, M., Linden, W., Grassi, L., Johansen, C., Carlson, L. y Zabora, J. (2012). Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *Journal of Affective Disorders* 140(2), pp 149-60.
- Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M. y Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 8(2), pp. 71-76.
- Montgomery, M. (2010). Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), pp. 77-83.
- Mustafa, M , Carson-Stevens, A., Gillespie, D. y Edwards, AGK. (2013). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
<https://www.cochrane.org/CD004253/BREASTCA_psychological-interventions-for-women-with-metastatic-breast-cancer>.
- National Cancer Institute. (s/f). *Cancer Registration & Surveillance Modules*.
<https://training.seer.cancer.gov/modules_reg_surv.html>.
- Nathoo, D., Willis, S. y Tran, W. (2018). Distress among locally advanced breast cancer patients from diagnosis to follow-up: a critical review of literature. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 49(3), pp. 325-336.
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1939865418300213>>.
- Nelson, H., Zakher, B., Cantor, A., Fu, R., Griffin, J., O'Meara, E., Buist, D., Kerlikowske, K., Van Ravesteyn, N., Trentham-Dietz, A., Mandelblatt, J. y Miglioretti, D. (2012). Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 156(9), pp. 635-648.
- Owens, D., Davidson, K., Krist, A., Barry, M., Cabana, M., Caughey, A., Doubeni, C., Epling, J., Kubik, M., Landefeld, S., Mangione, C., Pbert, L., Silverstein, M., Simon, M., Tseng, C. y Wong, J. (2019). Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer: US preventive services task force recommendation statement. *Journal of the American Medical Association*, 322(7), pp. 652-665.
- Páez, M., Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), pp. :49-70.
- Parra, C., García, L. e Insuasti, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), pp. 65-84.
<[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60105-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60105-0)>.

- Pashayan, N., Antoniou, A., Ivanus, U., Esserman, L., Easton, D., French, D., Sroczynski, G., Hall, P., Cuzick, J., Gareth, D., Simard, J., Garcia-Closas, M., Schmutzler, R., Wegwarth, O., Pharoah, P., Moorthie, S., Montgolfier, S., Baron, C., Herceg, Z. [...] y Widschwendte, M. (2020). Personalized early detection and prevention for breast cancer: ENVISION consensus statement. *Nature Reviews Clinical Oncology*, (17), pp. 687-705. <<https://www.nature.com/articles/s41571-020-0388-9>>.
- Pérez, M. (2013). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca Nueva.
- _____ (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez, S. (dir.) (2018). *La atención psicológica al paciente de cáncer en España. Evidencia científica, documentación sanitaria y visión de los facultativos sobre la asistencia psicológica a los pacientes de cáncer*. Instituto Max Weber-Fundación Mylan para la Salud. <<http://www.infocoponline.es/pdf/Atencion-Psicologica.pdf>>.
- Piris, M., Gómez, N, Taramino (2015) *Manual AMIR Ginecología y Obstetricia*. Marban.
- Quirós-Alpizar, J., Jiménez-Rodríguez, Y., Jiménez-Montero, E., Monge-Viquez, M. y Salazar-Sánchez, L. (2010). Carcinomas invasores triples negativos de la glándula mamaria: incidencia y características clínico-patológicas. *Revista Acta Médica Costarricense*, 52(2), pp. 90-95.
- Reem, A., El Darsa, H., Anouti, B., Mukherji, D., Temraz, S., Raslan, R., Tfayli, A. y Assi, H. (2017). Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(10), pp. 2809-2816. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5747408/>>.
- Salazar, J. G., & Paula, J. S. (2014). *El cáncer* (Primera edición ed.). Nuevo león, Monterrey, México: Publicaciones Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sadeghi, F., Hassani, F., Emamipour, S. y Mirzaei, H. (2018). Effect of acceptance and commitment group therapy on quality of life and resilience of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*, 5(3), pp. 111-117. <<https://www.archbreastcancer.com/index.php/abc/article/view/184>>.
- Sánchez, N. (2013). Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: fisiopatología del cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), pp. 553-562. <<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-conociendo-comprendiendo-celula-cancerosa-fisiopatologia-S071686401370659X>>.
- Sancho, H. (2019). Épidémiologie des cancers du sein. *La Presse Médicale*, 18(10), pp. 1076-1084. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498219304105?via%3Dihub#!>>.
- Secretaría de Salud (4 de febrero de 2020). 014. *Prevención y detección temprana disminuyen mortalidad por cáncer*. Gobierno de México.

- <<https://www.gob.mx/salud/prensa/041-prevencion-y-deteccion-temprana-disminuyen-mortalidad-por-cancer>>.
- Sehati, F., Mirghafourvand, M., Harischi, S., Esfahani, A. y Amirzehni, J. (2018) Self-confidence and quality of life in women undergoing treatment for breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19 (3), pp. 733-740. <<https://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.733>>.
- Schootman, M., Walker, M. S., Jeffe, D. B., Rohrer, J. E., & Baker, E. A. (2007). Breast cancer screening and incidence in communities with a high proportion of uninsured. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.032>
- Soerjomataram, I., Louwman, M., Ribot, J., Roukema, J. y Coebergh, J. (2008). An overview of prognostic factors for long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 107(3), pp. 309–330.
- Soriano-Maldonado, A., Carrera-Ruiz, Á., Díez-Fernández, D., Esteban-Simón, A., Maldonado-Quesada, M., Moreno-Poza, N., García-Martínez, M, Alcaraz-García, C., Vázquez-Sousa, R., Moreno-Martos, H., Toro-de-Federico, A., Hachem-Salas, N., Artés-Rodríguez, E., Rodríguez, M. y Casimiro-Andújar, A. (2019). Effects of a 12-week resistance and aerobic exercise program on muscular strength and quality of life in breast cancer survivors: Study protocol for the EFICAN randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*, 98(44). <<https://doi:10.1097/MD.00000000000017625>>.
- Stephenson, K. y Kerth, J. (2017). Effects of mindfulness-based therapies for female sexual dysfunction: a meta-analytic review. *J. Sex Res.* 54(7), pp. 832–849. <<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199>>.
- Sun, H., Huang, H., Ji, S., Chen, X., Xu, Y., Zhu, F. y Wu, J. (2019). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy to Treat Depression and Anxiety and Improve Quality of Life Among Early-Stage Breast Cancer Patients. *Integrative Cancer Therapies*, (18). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791739/>>.
- Tarver, T. (2012). Cancer Facts & Figures 2012. American Cancer Society (ACS). *J Consum Health Internet*. 16(3), pp. 366-367.
- Tecza, K., Pamula-Pilat, J., Lanuszewska, J.; Butkiewicz, D. y Grzybowska, E. (2018). Pharmacogenetics of toxicity of 5-fluorouracil, doxorubicin and cyclophosphamide chemotherapy in breast cancer patients. *Oncotarget*, 9(10), pp. 9114–9136.
- Torre-Luque, A., Gambará, H., López, E. y Cruzado, J. (2016) Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), pp. 211-219.

- Tsaras, K., Papathanasiou, I., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S. y Fradelos, E. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), pp. 1661-1669. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103579/>>.
- Tsai, H., Kuo, R. y Chung, K. (2017). Quality of life of breast cancer survivors following breast-conserving therapy versus mastectomy: A multicenter study in Taiwan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(10), pp. 909-918.
- Urzua, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, (138), pp. 358-365.
- Van Driel, C., Bock, G., Schroevers, M. y Mourits, M. (2018). Mindfulness-based stress reduction for menopausal symptoms after risk-reducing salpingo-oophorectomy (PURSUE study): a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics Gynaecology*, 126(3), pp. 402-411.
- Vargas, L., Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales*, IV(138), pp. 101-110. <<https://www.redalyc.org/pdf/153/15328800009.pdf>>.
- Vilanova, R., Carvalho, A., Sampaio, I., Leite, E., Tolstenko, L. y Carvalho, F. (2019). Meditation effect on psychological stress level in women with breast cancer: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (53). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800820/>>.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Winters, S., Martin, C., Murphy, D. y Shokar, N. (2017). Breast cancer epidemiology, prevention and screening. *Progress in Molecular Biology and Translational Science* (151), pp. 1-32.
- Xie, Z., Wenger, N., Stanton, A., Sepucha, K., Kaplan, C., Madlensky, L., Elashoff, D., Trent, J., Petruse, A., Johansen, L., Layton, T. y Naeim, A. (2019). Risk estimation, anxiety, and breast cancer worry in women at risk for breast cancer: A single-arm trial of personalized risk communication. *Psychooncology*, 28(11). <<https://doi:10.1002/pon.5211>>.
- 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. y 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. *Psychooncology*, 27(7), pp. 1695-1703.

Anexos

TAREAS PARA CASA:

Ejercicio 1: "Las arenas movedizas".

Escribe una reflexión medianamente larga sobre el siguiente relato atendiendo a varias preguntas. El próximo día traerás la metáfora y debatiremos en sesión sobre ello:

Sería como si estuvieras atrapada en arenas movedizas. Por supuesto, intentarías hacer lo que pudieras para salir de ellas, aunque lo que supieras e hicieras, solo te llevaría a enterrarte más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que te pase es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que debas hacer, es parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que has estado tratando de evitar.

¿Qué te sugiere esta historia?

¿Qué has sentido cuando la has leído?

¿Qué moraleja puedes sacar de esta historia?

¿Cómo te la aplicarías en tu vida personal?

Ejercicio 2: Aprendiendo a conocer mis estrategias.

En este diario, debes apuntar aquellas situaciones en las que has tenido problemas de gran impacto para ti y cómo has intentado solucionarlo DURANTE LA ESTA SEMANA.

Evidentemente, las consecuencias que tienen las estrategias pueden ser inmediatas (llamadas a corto plazo) o aparecer a la larga (a largo plazo). Señala cuáles han sido las consecuencias de tus estrategias en ambos momentos temporales.

- **¿Qué sentiste ayer?**

El objetivo del ejercicio es comprobar si prestamos atención a nuestras emociones. Consiste en analizar tus emociones en un pasado reciente, durante los últimos días. Vamos a concentrar nuestra atención en lo que hemos sentido durante los últimos días. Empieza con el día de ayer e intenta ir hacia atrás todo lo que puedas. Intenta relacionar cómo te sentiste con el suceso que desencadenó la emoción.

Día	L	M	X	J	V	S	D
¿Qué sentiste?							
¿Qué ocurrió?							

- **Atención a las emociones pasadas.**

El objetivo del ejercicio consiste en comprobar si prestamos atención a las emociones que hemos sentido en el pasado y las identificamos.

El ejercicio consiste en analizar tus emociones en el pasado. Debes elegir tres acontecimientos que fueron importantes para ti en tu niñez y/o adolescencia. Describe los con detalle.

- **Ejercicio: Autorregistro**

Atender, anotar y escribir sobre nuestras emociones, reflexionar sobre sus causas y sus consecuencias, ya sea de una forma dirigida o espontánea, nos ayuda a ser más conscientes de nuestros sentimientos y nuestras reacciones ante determinadas situaciones y personas.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta

- **Ejercicio: Nuestra interpretación es clave**

El objetivo consiste en demostrar que las emociones dependen de la interpretación que hagamos de la realidad.

Estás en casa tranquilamente por la noche viendo la televisión y de repente se abre la puerta de la calle. ¿Qué pensamientos harían que te sintieras...?

Enfadado	
Sorprendido	
Seguro	
Tranquilo	
Contento	
Triste	
Ansioso	

¿Qué diferencia existe? La situación es la misma pero ¿qué es lo que ha cambiado?

- **Ejercicio: Sentir por medio de la poesía.**

El objetivo del ejercicio es analizar las emociones que sientes al escuchar o leer algunos poemas. El ejercicio consiste en analizar las emociones que suscitan unos poemas. Hemos seleccionado dos poemas concretos. Debes expresar lo que sientes con tus propias palabras, y lo que sientes tú al leerlo, no lo que piensas que deseaba expresar el autor o lo que significan de forma general.

Diseño del módulo de manejo de estrés:

	Sesión I	Sesión II	Sesión III	Sesión IV
Introducción a la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida al módulo • Introducción al estrés. <p>15 minutos</p>	Experiencias durante la semana (retroalimentación)	Experiencias durante la semana (retroalimentación)	Experiencias durante la semana (retroalimentación)
Ejercicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos y emociones: "la mancha" ▪ Siendo consciente adentro y afuera <p>25 minutos</p>	Bodyscan	<ul style="list-style-type: none"> • Bodyscan y Siendo consciente adentro y afuera (repaso) • Actividad de la pasa <p>25 minutos</p>	<i>Mindful movements</i>
Historia de contenido reflexivo	N / A	<i>Nunca te prometí un jardín.</i> Historias para crecer, recetas para sanar. Remen, 1996.	<i>La vida es sólo para los que están bien.</i> Historias para crecer, recetas para sanar. Remen, 1996.	<i>Por fin.</i> Historias para crecer, recetas para sanar. Remen, 1996.
Diálogo	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día	Espacio de discusión: sobre la experiencia de la sesión del día
Actividad extra	Explicar qué son las técnicas de mindfulness	N / A	N / A	Cierre del taller: Mencionar la importancia del mindfulness en la práctica del día a día
Indicaciones para la semana (Tarea)	<ul style="list-style-type: none"> • Pausas durante el día • Sobre una experiencia placentera <p>5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pausas durante el día • Sobre una experiencia placentera <p>5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pausas durante el día • Sobre una experiencia placentera • Actividad rutinaria (conciencia) <p>5 minutos</p>	N / A
Material de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquema de la mancha ▪ Historia del día 	Historia del día	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasas ▪ Historia del día 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tapete para yoga ▪ Historia del día
Tiempo total	1 hora 5 minutos	55 minutos	1 hora	1 hora

SESIÓN 1: CAMINANDO HACIA LA ACEPTACIÓN

DURACIÓN TOTAL: 2 horas.

10 minutos para explicar a las pacientes los objetivos y las bases teóricas de ACT.

TIEMPO	EJERCICIO 1	EJERCICIO 2	EJERCICIO 3 (video)
Explicación	5'	5'	5'
Aplicación	20'	15	25

Objetivos:

1. Comprensión de la dinámica en la que vamos a trabajar.
2. Conocer el papel del sufrimiento en nuestra vida.
3. Detectar las barreras que encontramos en nuestro camino.
4. Conocer nuestras fortalezas y nuestras debilidades para emprender el camino hacia nuestros valores.

Explicamos primero toda la información de ACT y los objetivos que queremos perseguir con la paciente. Nos detendremos en cada punto para que se comprenda cuál es el proceso que llevaremos a cabo en las siguientes 4 sesiones.

En la primera sesión trabajaremos con aspectos básicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). ACT indica una serie de puntos importantes para comprenderla y que debemos acompañar a la paciente en su comprensión para que alcance los objetivos terapéuticos.

- La intervención se centra en lo que es importante para la paciente para conseguir un cambio en su vida.
- Al igual que existe la felicidad, existe el sufrimiento como algo normal producto de nuestra condición como humanos.
- La resistencia al sufrimiento genera un sufrimiento no saludable porque es algo que se escapa de lo normal y eso hace que cada vez se haga más grande y más descontrolado para la persona.
- Nos vamos a centrar en la propia experiencia de la paciente para que, como terapeutas, nos podamos ajustar lo máximo posible a su situación y tengan un beneficio máximo en el cambio.
- Van a lograr abrir la mente a nuevas perspectivas para solucionar un problema que es lo que llamamos ser flexible psicológicamente. Es decir, vamos a conseguir ver el sufrimiento como algo normal en la vida que no nos aleje de la dirección que quiera llevar la paciente. Esto puede ser contradictorio, pero los beneficios serán parte del cambio.

Introducción.

Tarea 1. Presentación y explicación de los principios de ACT.

Redactar/resumir

Luciano y Valdivia (2006, p. 87) indican una serie de puntos importantes para comprender la Terapia de Aceptación y Compromiso, los cuales pueden ser útiles para exponerlo al inicio de la terapia con la paciente o grupo implicado:

- a. Es un tratamiento centrado en las **acciones valiosas** del paciente como medio para el cambio conductual.
- b. Contempla el **malestar/sufrimiento como normal**, producto de la condición humana en tanto que seres verbales.
- c. Define que **se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico**.
- d. Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, **se basa en la experiencia del paciente** como la clave del tratamiento.
- e. Tiene por objetivo **flexibilizar la reacción al malestar** porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.
- f. Implica **clarificar valores** para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.
- g. Implica **aprender a "caer y a levantarse"**, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Tarea 2: Metáfora del diente enfermo.

"Si usted acude al dentista con un diente enfermo y el dentista echa un vistazo a su boca, hurga en ella, pincha y rasca, pero sólo toca los dientes que están sanos, la cita tal vez no sea dolorosa, pero tampoco habrá proporcionado ninguna utilidad para el diente enfermo. Si el dentista le cobra por ese trabajo, es posible que no le haya hecho ningún daño, pero, en realidad, le ha estafado: usted sale de su consulta con el mismo diente enfermo"

Manual ACT, Wilson y Luciano, pág 117