

Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía

Effect of a brief cognitive behavioral intervention on the coping and anxious and depressive symptoms of patients with breast cancer undergoing mastectomy

Mónica Ramírez Orozco
Facultad de Psicología, UNAM

Mario Enrique Rojas Russell
FES Zaragoza, UNAM

Edgar Landa Ramírez
Facultad de Psicología, UNAM

El presente estudio evaluó los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada. Las mujeres con dicho padecimiento enfrentan situaciones estresantes desde el diagnóstico y ante los tratamientos radicales que potencialmente amenazan su bienestar físico y psicológico. Participaron 26 mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer de mama candidatas a cirugía de mastectomía las cuales fueron evaluadas mediante el inventario de afrontamiento Brief Cope y el Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se utilizó un diseño de mediciones repetidas pretest, postest y seguimiento a dos meses. Posteriormente se expuso individualmente a las pacientes a una intervención basada en psicoeducación, relajación autógena y reestructuración cognitiva. Los resultados, al finalizar la intervención, mostraron un efecto significativo sobre los estilos de afrontamiento ($p=0.03$) y una reducción significativa en la sintomatología ansiosa ($F=5.09$, $p=0.01$) mientras que para la sintomatología depresiva no se observaron cambios entre las mediciones.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, mastectomía radical, cáncer de mama, psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva.

This study evaluated the effect of a cognitive behavioral intervention on the coping styles, anxious and depressive symptoms of breast cancer patients undergoing radical modified mastectomy. Women with this disease face stressful situations from diagnosis and radical treatments that threaten their physical and psychological well-being. Twenty-six women over 18 years old with a confirmed breast cancer diagnosis who were candidates for mastectomy surgery participated. Coping was measured using the Brief Cope Inventory and anxious and depressive symptoms with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). A repeated measurements design (pretest, posttest and 2 months follow-up) was used. The patients were then exposed to a clinical intervention based on psycho-education, autogenous relaxation and cognitive restructuring. Results showed, at the end of the intervention, a significant effect on coping styles ($p=0.03$) and a significant reduction in anxious symptomatology ($F=5.09$, $p=0.01$) meanwhile on depressive symptoms no differences were observed.

Keywords: cognitive behavioral therapy, radical mastectomy, breast cancer, psycho-education, relaxation, cognitive restructuring.

Correspondencia: *Mónica Ramírez Orozco* psicmorozco@gmail.com
Tlachco Mz 149 Lote 8 Col La Florida, Ciudad Azteca, C.P.55120 Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Agradecimientos: A la Dra. Carmen Lizette Gálvez Hernández por sus aportaciones teóricas al presente estudio. Al Dr. Oscar Galindo Vázquez por sus aportaciones metodológicas en este proyecto. Al personal del Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3, del Centro Médico Nacional La Raza por per-

El cáncer de mama es el tipo más frecuente en las mujeres tanto de países desarrollados como aquellos en vía de desarrollo. Tan sólo durante el año 2011 se registraron en el mundo 508,000 muertes de mujeres por esta causa (Jemal et al., 2011).

En México, la incidencia de cáncer de mama es de 35.4 por cada 100,000 mujeres, con una prevalencia de 41.5 y un índice

de mortalidad de 9.7 por cada 100 mil habitantes con 5 680 defunciones en el año 2012. Desde 2008 se estimó que para el año 2030 alrededor de 24,386 mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama, de las cuales el 40% (9,778) morirán por esta causa (Ferlay et al., 2012). En el año 2013 el cáncer de mama se situó como la segunda causa de muerte en mujeres de 20 años y más de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2013). Para el año 2015 dicha institución reportó una cifra de 6 304 muertes a nivel nacional, siendo el grupo etario de 50 a 59 años el más afectado y la Ciudad de México, Estado de México, Jalisco y Nuevo León los estados con mayor número de defunciones (924, 602, 503 y 405 respectivamente) (INEGI, 2016).

Los pacientes con cáncer en general, son psicológicamente vulnerables por diversas razones incluyendo el estrés del diagnóstico, lo debilitante de los tratamientos y el dolor crónico. Se ha reportado que las mujeres con cáncer de mama y cáncer ginecológico son las que presentan los porcentajes más altos de distrés psicológico y dentro de éste, la ansiedad y depresión son los principales síntomas encontrados en diversos momentos de la enfermedad y los tratamientos; por ejemplo, antes de la cirugía se han descrito índices de 26% para depresión y 59% para ansiedad en mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko & Furmonavicius, 2008). Ante el cáncer de mama, las mujeres enfrentan situaciones estresantes desde el momento del diagnóstico y por el resto de su vida como tratamientos radicales y agresivos que dependiendo de la etapa clínica consistirán en cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, terapia blanco, etc, amenazando potencialmente su vida y su bienestar físico y psicológico (Ornelas et al., 2013).

Las reacciones más frecuentes ante la enfermedad son aquellas relacionadas con sintomatología ansiosa y depresiva, disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida. El diagnóstico en sí puede valorarse como altamente traumático; el estrés que suele presentarse en ese momento puede ser especialmente elevado si la persona no consideraba la posibilidad de dicho diagnóstico e implica sentimientos y actitudes de incredulidad, negación, desesperación o desmoralización a lo que le puede seguir una fase de disforia con sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognitivos de atención y memoria y alteración de las actividades diarias. En el caso de las etapas avanzadas, la mayoría de las pacientes suele presentar depresión grave y ante el diagnóstico de metástasis o recaída puede haber una pérdida de la esperanza, una actitud de total abandono y resignación, sintomatología depresiva, sensación de indiferencia, pérdida de control, enojo y preocupación por el futuro (Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010).

Ante la mastectomía radical, los cambios emocionales que presentan las mujeres se han descrito en estudios como el de Fobair et al. (2006) el cual reporta que durante los primeros meses del tratamiento las mujeres se sentían menos femeninas y preocupadas por su atractivo sexual la mayor

parte del tiempo. Por otro lado, López, Polaino y Arranz (1992) indican que 44% de las mujeres con mastectomía que evaluaron presentaban cambios importantes en cuanto a la percepción de su cuerpo, evitando compararlo y evitando que fuera visto por otros.

Una revisión sistemática elaborada por Lim, Devi y Ang (2011) mostró que aquellas mujeres que se encuentran bajo tratamiento de quimioterapia presentan mayores niveles de ansiedad, principalmente antes de recibir la primera dosis; así mismo, la mayoría de las investigaciones concluyen en que las mujeres sometidas a cirugía radical (mastectomía radical) presentan mayor sintomatología ansiosa en comparación con aquellas con cirugía conservadora de la mama. En el caso de depresión, se han reportado porcentajes del 9% al 14% de presencia de trastornos del estado de ánimo, específicamente depresión y síntomas depresivos en pacientes con cáncer (Gil et al., 2008; Kadan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang, & Prigerson, 2005). Y es el cáncer de mama el segundo tipo de cáncer que presenta mayores niveles de depresión en las pacientes, en más del 40% de acuerdo a algunos estudios (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012; Callari et al., 2013).

Es así que el impacto de la enfermedad y el deterioro en la imagen corporal usualmente se ven acompañados de reacciones psicológicas como ansiedad y los niveles crónicamente altos de ansiedad afectan la calidad de vida y mortalidad de las pacientes. Por ejemplo, la ansiedad prolongada tiene efectos inmunosupresores, compromete a la paciente y puede deteriorar sus funciones cognitivas cuando se deben tomar decisiones importantes en torno a la salud (Oers & Schlebusch, 2013).

La forma y recursos que utilizan las mujeres para afrontar el padecimiento y el tratamiento quirúrgico ha sido mencionado en algunas investigaciones, por ejemplo, se ha descrito cómo los estilos de afrontamiento defensivos resultan en un incremento en los niveles de aprehensión con respecto a la recurrencia del cáncer y los estilos de pesimismo y desesperación-impotencia en conjunto, son determinantes de un pobre ajuste psicológico (Alcalá, Ozkan, Kucucuk, Aslay, & Ozkan, 2012), la aceptación y el humor por otro lado, son predictores de decremento de distrés, mientras que la negación y la desconexión predicen un incremento (Carver et al. 1993). Así mismo se ha descrito que los estilos de búsqueda y uso de apoyo social se presentan con más frecuencia en estas pacientes (Manuel et al., 2007). Sobre esta base, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada.

MÉTODO

Participantes

Participaron 26 mujeres, mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, candidatas a cirugía de mastectomía radical modificada que acudían al servicio de oncología quirúrgica del Hospital de Ginecología y Obstetricia

Nº3 del Centro Médico Nacional La Raza. Fueron elegidas de manera no probabilística, por conveniencia, en un periodo de cinco meses: octubre de 2015 a febrero de 2016. Algunas participantes potenciales fueron excluidas del estudio si se encontraban en fase terminal, bajo tratamiento paliativo, si tenían algún padecimiento psiquiátrico, deterioro cognitivo o físico que les impidiera participar en las sesiones. El promedio de edad fue de 56 años, dedicándose principalmente al hogar o a algún trabajo remunerado. 42% contaba con estudios superiores a la educación básica y 92% contaba con una red de apoyo; es decir, al menos una persona que ayudara a enfrentar el proceso de enfermedad. El 80% de las pacientes estaban en una etapa clínica localmente avanzada (IIB n=9, IIIA n=7 IIIB n=1 IIIC n=4). La mitad de ellas presentaba alguna comorbilidad, principalmente diabetes e hipertensión arterial. Nueve participantes recibieron tratamiento neoadyuvante¹; por el contrario, el tratamiento adyuvante² fue necesario prácticamente para todas las pacientes predominando los esquemas de quimio y radioterapia, combinándose en cinco casos con hormonoterapia.

Aparatos y materiales

Los datos socio-demográficos y clínicos se obtuvieron mediante una entrevista semi estructurada diseñada *ex profeso* para la intervención. Se utilizó una versión adaptada y validada para población oncológica mexicana de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) con coeficiente de Cronbach de .79 para ansiedad y .80 para depresión, con puntos de corte de cinco para cada sub-escala (Galindo et al., 2015). Su contenido se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de la ansiedad y la depresión. La exclusión de síntomas somáticos evita equívocos de atribución cuando se aplica a pacientes con alguna enfermedad física, considerando la característica psicopatológica central de la depresión a la anhedonia de los pacientes y a las manifestaciones propias de la ansiedad generalizada.

Para evaluar los estilos de afrontamientos se empleó el Inventario de Afrontamiento Brief Cope-28 (Morán & Landero, 2010); versión corta del Inventario Cope de Carver (1997), el cual evalúa 14 estilos de afrontamiento agrupados en dos grandes categorías de acuerdo a la Teoría de Lazarus y Folkman (1986): “afrontamiento activo” y “afrontamiento pasivo”. El primero se refiere a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa; comprende actividades dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, a fin de valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable. Por su parte, el “afrontamiento pasivo” se refiere a las formas de evitación o escape ante la situación que se está presentando e implica falta de compromiso con la situación problemática. El inventario tiene un coeficiente de confiabilidad de entre $\alpha=.50$ y

.90 en su versión original y en México mostró un coeficiente $\alpha=.76$ (Ornelas et al., 2013).

Para cada participante se elaboró el debido consentimiento informado bajo los lineamientos del Comité Local de Investigación y Ética en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, y se utilizó un audio con la técnica de relajación autógena.

Procedimiento

Una vez que se contó con la aprobación de las autoridades del servicio hospitalario, se invitó a participar a las pacientes por dos medios: abordándolas directamente cuando acudían a su consulta para programación quirúrgica o mediante la agenda de programación quirúrgica del servicio hospitalario, en dicho caso, se les llamaba por teléfono invitándolas a participar en el protocolo. Para ambas opciones, en caso de estar interesadas, se les agendaba una cita de primera vez para realizar la firma del consentimiento informado así como la entrevista y evaluación iniciales, posteriormente se dió la intervención psicológica que constó de cinco sesiones: la primera de ellas previa a la cirugía, la segunda el día de la intervención quirúrgica, la tercera el día postquirúrgico (momento en que era dada de alta del servicio hospitalario), una cuarta sesión a los 8-10 días posteriores, cuando la paciente acudía a consulta de curación y la última intervención a los 15 días aproximados después de la cirugía en la que además se realizaba la post-evaluación. Finalmente se realizó la evaluación de seguimiento aproximadamente a los dos meses.

Las pacientes eran atendidas en los diferentes consultorios del departamento de oncología, en el área de hospitalización, en sala prequirúrgica y en un aula dentro del mismo servicio para una atención mas personal y privada. Las intervenciones fueron realizadas por una psicóloga titulada, estudiante de maestría y una estudiante de último grado de la licenciatura en Psicología, supervisada.

Herramientas clínicas

Psico-educación

Se utilizó dicha técnica con la finalidad de que la paciente adquiriera conocimientos, y/o desarrollará habilidades que le permitieran hacer frente a las situaciones de la vida cotidiana; como apoyo para que su proceso de cognición se adapte y sea congruente con las conductas favorables para su salud y calidad de vida y para incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento.

En la primera sesión de intervención se les explicó el modelo cognitivo-conductual ABC, cómo se relacionan los pensamientos, emociones y conducta; y cómo lo que causa malestar no son los eventos en sí, sino la interpretación que se hace de ellos. Posteriormente se explicaba el tema de cáncer de mama: ¿Qué es?, ¿Cómo se clasifica? ¿En qué consiste la cirugía de mastectomía radical?. En la sesión 3 dicha técnica se enfocaba mas en los cuidados postoperatorios, mientras que las sesiones 4 y 5 se centraban en los diferentes tratamientos adyuvantes, sus posibles consecuencias y la reincorporación a sus activida-

¹ Tratamiento que se administra previo al tratamiento principal, que generalmente consiste en cirugía, con la finalidad de reducir el tamaño del tumor.

des cotidianas. Dicha información fue avalada y sintetizada con apoyo del personal médico del servicio.

Reestructuración cognitiva

Técnica que se llevó a cabo en cada una de las sesiones enseñándole a las pacientes que la interpretación que hacemos de los eventos es la causa de generar pensamientos y sentimientos negativos y no los eventos en sí. Dicha herramienta serviría para maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo, preparar a las personas para reconocer sus pensamientos en el momento en que ocurren y poder, en caso necesario, reemplazarlos por cogniciones que impulsen a manejarse mejor en una situación de estrés. Específicamente se buscó la identificación de pensamientos disfuncionales relacionados con el padecimiento en general y la cirugía para generar pensamientos alternativos más adaptativos.

Método de solución de problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971)

Dicha herramienta se introdujo en la sesión 4 y 5 con la finalidad de ayudar a la paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, de manera que aprenda a definir los problemas no en términos de soluciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.

Respiración diafragmática y relajación autógena

Técnicas base de la intervención, utilizadas en cada una de las sesiones, se entrenó a las pacientes para crear un estado de relajación profunda mediante la repetición de autoafirmaciones positivas, concentrándose en las propias sensaciones de su cuerpo buscando generar efectos fisiológicos como disminución y/o regulación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, reducción de la tensión muscular y tensión arterial, aumento de temperatura periférica por vasodilatación y por consiguiente una reducción general del estado de ansiedad (Linden, 2007). Las seis fórmulas utilizadas para dicho propósito de acuerdo a la teoría original de Schultz (1932) fueron generación de pesadez, generación de calidez, regulación cardíaca, regulación respiratoria, regulación visceral y regulación de la mente dirigidas a cada parte del cuerpo en dirección cefalo-caudal. Por ejemplo: tu frente comienza a sentirse caliente y pesada, ahora tus mejillas se sienten calientes y pesadas, etc.

Al inicio de cada sesión se retomaban temas o tareas asignadas la sesión anterior y al final de cada una se elaboraba un cierre en conjunto con la paciente con la finalidad de asegurarse que comprendió lo entrenado y aclarar las dudas correspondientes.

Análisis de los datos

Después de revisar y depurar la base de datos para identificar y corregir o eliminar valores inverosímiles, se describió a la muestra mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias y proporciones para las variables cualitativas. Mediante tablas de contingencia y la prueba de χ^2 se compararon los cambios en las frecuencias de empleo de las distintas formas de afrontamiento en los tres momentos de la evaluación. Los cambios en las medias de ansiedad y depresión se estimaron mediante análisis de varianza

de una dirección para medidas repetidas. Todos los análisis se hicieron con el paquete estadístico Stata v. 14.

RESULTADOS

Entre las cogniciones manifestadas por las pacientes ante el diagnóstico y los tratamientos propuestos, resalta la idea relacionada con la muerte, ya sea por la enfermedad o por la anestesia y la preocupación por el futuro de su familia, principalmente el de sus hijos. Así mismo, la atribución de la enfermedad como un castigo debido a rencores, emociones o acciones negativas que tuvieron durante su vida. El miedo y la tristeza fueron las emociones más reportadas así como las dudas en torno a la quimioterapia, a la cirugía y cómo sería su apariencia posterior a ésta.

En referencia a la sintomatología ansiosa, cabe resaltar que 13 participantes se mantuvieron sin síntomas ansiosos durante los tres momentos de evaluación. Una paciente que sí estaba ansiosa al inicio de la intervención y en el pos-test logró remitir dichos síntomas en el seguimiento y cuatro mujeres que tenían síntomas al inicio lo eliminaron durante el postest y el seguimiento.

De igual forma, para la sintomatología depresiva sobresale la baja tendencia para presentar dichos síntomas en alguno de los tres momentos. En el pre-test 34% cumplió el criterio para depresión, el 30% lo hizo así en el pos-test y sólo el 26% en el seguimiento. Doce mujeres se mantuvieron sin síntomas en los tres momentos de evaluación y tres más presentaron sintomatología depresiva en el pre-test y pos-test pero la eliminaron durante el seguimiento.

Al analizar la variabilidad de los puntajes de ansiedad y depresión se observa que la media global del puntaje de la escala de ansiedad fue de 3.69 con un máximo de 12, mientras que para depresión se obtuvo una media de 4.05, con un puntaje máximo de 11. La variabilidad entre sujetos fue de 2.15 e intra-sujeto de 1.76 unidades. Para depresión la variabilidad entre e intra-sujetos fue de 2.52 y 1.78 respectivamente (Tabla 1). En el análisis de la diferencia de medias en cada momento de la evaluación (Tabla 2) se observaron diferencias significativas entre los tres momentos de la evaluación ($F= 5.09$, $p=0.01$), para ansiedad con una reducción del pre-test al pos-test; sin embargo, dicho efecto no parece mantenerse en el seguimiento. Mientras que para la variable depresión no se observaron diferencias significativas entre las tres medias.

Se observó que los puntajes para ambas sintomatologías fueron bajos desde el inicio, con medianas que fluctuaron entre 3 y 5. La ansiedad mostró una amplia variabilidad en el pre-test; el 50% de las participantes obtuvieron entre 2 y 7 puntos con una mediana de 4 y el 50% restante osciló entre 7 y 12 o menos de 2. En el pos-test disminuye la variabilidad con una concentración del 50% entre 1 y 4 puntos y la mediana de 3 mientras que en el seguimiento existe una tendencia a regresar al comportamiento inicial regresando a una mediana de 4. En la sintomatología depresiva resaltan medianas de 3 y puntajes que van de 0 a 10 en los tres momentos de evaluación. Es en el pre-test donde hay mayor variabilidad con puntajes de 1 a 7

Tabla 1.
Variabilidad de los puntajes de Ansiedad y Depresión.

Variable		Media	Desviación Estándar	Min	Max	Observaciones
Ansiedad	Total	3.69	2.76	0	12	N = 78
	Entre		2.15	.33	7.66	n = 26
	Intra		1.76	-1.30	8.02	T = 3
Depresión	Total	4	3.08	0	11	N = 78
	Entre		2.57	.66	8.66	n = 26
	Intra		1.74	.32	8.32	T = 3

Tabla 2.
Medias (desviaciones estándar) de las variables ansiedad y depresión por momentos de la evaluación.

Variable	Pre-test	Pos-test	Seguimiento	F	gl	p
Ansiedad	4.57 (3.16)	2.81 (1.78)	3.69 (2.94)	5.09	2	0.01
Depresión	4.07 (3.17)	4.11 (3.17)	3.96 (2.94)	0.03	2	0.96

Nota: F= prueba de Fisher; gl= grados de libertad; p= nivel de significancia.

para el 50% de las participantes y tiende a reducirse ligeramente para el pos-test y el seguimiento como se observa en la Figura 1.

Para la variable afrontamiento, se observó que durante el pre-test las mujeres participantes recurrieron a estilos principalmente pasivos como el apego a la religión (n=10) o la auto-distracción (n=9). Posterior a la intervención los estilos de afrontamiento tienden a cambiar hacia formas activas usando estrategias como la aceptación (n=6) y reevaluación positiva (n=5); mientras que para el seguimiento la mayoría de las participantes (89%) presentaron estilos de afrontamiento activos o dirigidos al problema, haciendo uso de estrategias como la aceptación, reevaluación positiva y planificación.

Dichos estilos de afrontamiento se compararon primero entre pre-test y pos-test donde se observó que de 21 personas

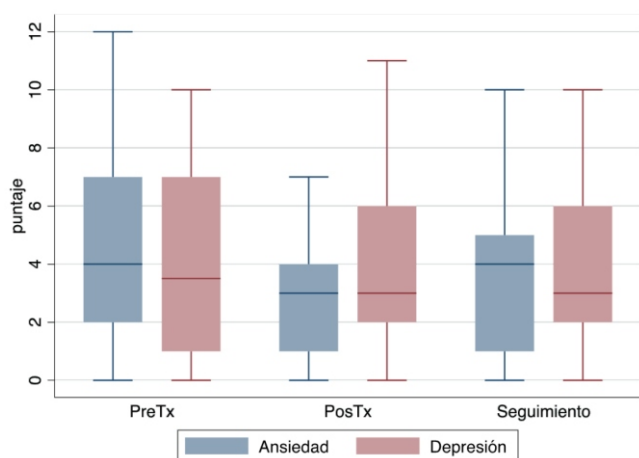


Figura 1. Dispersión de los puntajes de ansiedad y depresión por momento de evaluación.

que presentaban un estilo de afrontamiento pasivo, 15 (71%) cambiaron a un estilo activo en el pos-test. Al comparar lo observado con lo esperado (Tabla 3), se encontró que los cambios ocurridos del pre-test al pos-test fueron estadísticamente significativos ($\chi^2=4.51$, gl=1, p=0.034). Posteriormente se compararon los estilos de afrontamiento presentados en los tres momentos de evaluación; la Tabla 4 muestra dicha relación entre pretest, pos-test y seguimiento por medio de frecuencias y destaca cómo 14 participantes tenían un estilo de afrontamiento pasivo al inicio de la intervención, cambiaron a un estilo activo y lo mantuvieron durante el seguimiento; así mismo, 5 personas presentaron un estilo pasivo en los primeros dos momentos sin embargo al seguimiento cambió su estilo a activo. Estos datos se traducen en un 73% de las pacientes que lograron cambiar su estilo de afrontamiento por uno más activo y funcional.

Finalmente se realizó un cuestionario de evaluación de riesgos conforme la normatividad del Comité Ético de la institución hospitalaria para ensayos clínicos Fase I, el cual demostró que el total de las participantes refieren que la intervención no les causó algún daño o malestar ni denotan haberse sentido incómodas en

Tabla 3.
Frecuencias observadas [esperadas] de los estilos de afrontamiento empleados por las participantes en el pre-test y el pos-test.

Estilo Afrontamiento Pre test	Estilo Afrontamiento Post-test		Total
	Activo	Pasivo	
Activo	1 [3.1]	4 [1.9]	5
Pasivo	15 [12.9]	6 [8.1]	21
Total	16	10	26

$\chi^2_{(1)}=4.51$, p=0.034

Tabla 4.
Frecuencias de los estilos de afrontamiento en los tres momentos de evaluación.

Estilo afrontamiento Pre	Afrontamiento seguimiento			
	Activo		Pasivo	
	Afrontamiento post Activo	Afrontamiento post Pasivo	Afrontamiento post Activo	Afrontamiento post Pasivo
Activo	1	4		
Pasivo	14	5	1	1

algún momento o con alguna situación del tratamiento. Todas las pacientes recomendarían la atención para otras mujeres que se encuentran en situaciones similares y refieren opiniones como: “Nos ayudó a resolver muchas dudas”, “Nos ayuda aceptar los cambios y enfrentar todas las situaciones que debemos pasar con la enfermedad” o “Todas deberían tener esta oportunidad”.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar los efectos de una intervención cognitivo conductual basada en relajación autógena, psicoeducación y reestructuración cognitiva sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y los estilos de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada. La estructura de la intervención se asemejó a la planteada en los trabajos de Garssen et al. (2013) y Hsu, Wang, Chu y Yen (2010) donde se evaluó ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical previo a la cirugía, posterior a ésta y en un seguimiento a mínimo un mes después de la cirugía. De igual forma se llevaron a cabo estrategias similares como la técnica de relajación, apoyo emocional y el aporte de información sobre la enfermedad.

Los resultados señalan que la mayoría de las pacientes mostró cambios significativos en los estilos de afrontamiento, pasando de estilos pasivos hacia estilos más activos y funcionales durante la post-evaluación lo cual resulta importante ante las afirmaciones de estudios como los de Alcalar (2012) o de Reid-Arndt y Cox (2012) de que afrontar la enfermedad atribuyendo significados negativos a la misma, resulta en una menor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad y depresión así como el hecho de que utilizar estilos de afrontamiento inefectivos contribuye al incremento de estrés y a una pobre función cognitiva.

En sintomatología depresiva, no se observaron cambios a lo largo de la intervención, presentándose un efecto de piso. Mientras que para el caso de ansiedad, el escenario es similar, el mismo efecto de piso ocurrió en poco más de la mitad de las participantes (69%). Y a pesar de que algunas pacientes mostraron un incremento de los síntomas ansiosos durante el seguimiento, se observaron cambios significativos en la fase de postest.

Dos posibles explicaciones para entender el efecto de piso provienen del estudio de Moerman, Van Dam, Muller y Oosting (1996), donde observaron que aquellos pacientes que tie-

nen experiencia de cirugías previas, presentan menores niveles de ansiedad preoperatoria, en comparación a aquellos que no han tenido ninguna cirugía y gran parte de las participantes de este estudio habían atravesado por cirugías previas tales como cesáreas, biopsias o debido a alguna otra condición médica. Por otro lado, Ganz (2008), describe algunos factores de riesgo para que las mujeres con cáncer de mama presenten altos niveles de distrés emocional (incluyendo ansiedad y depresión) que son la edad (pacientes jóvenes de entre 30 y 40 años), antecedentes de distrés psicológico o alguna enfermedad mental y falta de apoyo social, factores que no están presentes en estas pacientes; de hecho Tojal y Costa (2015), reafirman mediante la revisión de otros estudios, el aspecto de que las pacientes jóvenes tienden a reportar mayores niveles de depresión y mayor dificultad de ajuste ante el diagnóstico así como una relación entre síntomas depresivos y mayor ansiedad lo que lleva a pensar que al puntuar bajo en una sintomatología lo hará así en la otra.

El incremento en los puntajes de ansiedad durante el seguimiento pudiera tener relación con el tratamiento adyuvante que estaban por iniciar (principalmente quimioterapia) pues, con base en lo descrito en la revisión de Lim, Devi y Ang (2011) aquellas mujeres que se encuentran bajo tratamiento de quimioterapia, presentan mayores niveles de ansiedad, principalmente antes de la recibir la primera dosis, lo que lleva a pensar en los tratamientos como predictores de ansiedad, dejando una puerta abierta a futuras investigaciones. Así mismo vale la pena considerar la etapa clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico. En esta muestra, se observó que el 80% de las pacientes se encontraba en etapas avanzadas de la enfermedad y solamente cinco mujeres en etapas clínicas tempranas, las cuales conllevan un mejor pronóstico y un tratamiento menos agresivo y extenso. Y es que se ha descrito que el hecho de que las pacientes lleguen a recibir atención médica en estadios más avanzados podría tener implicaciones en la efectividad de los tratamientos psicosociales (Galindo et al., 2014), lo que da pauta a indagar en estudios posteriores la etapa clínica como posible predictor de ansiedad y depresión.

La psicoeducación y la reestructuración cognitiva fueron dos herramientas de gran importancia al abordar las cogniciones que más afeción reportaban las pacientes que eran aquellas relacionadas con la muerte, ya sea por la enfermedad o por la anestesia y la preocupación por el futuro de su familia; principalmente el de sus hijos. Así mismo la atribución de la enfermedad como un castigo debido a rencores, emociones o accio-

nes negativas que tuvieron durante su vida. Para la psicoeducación se adaptó cada sesión de acuerdo al lenguaje que dominaban las pacientes, integrando incluso jerga popular, creencias sociales y religiosas de la población a abordar pues no hay que olvidar lo descrito por Lizama et al. (2016) sobre cómo las percepciones que tienen las mujeres acerca del cáncer y de los factores de riesgo para desarrollarlo, difieren de lo reportado en la evidencia científica, situación importante ya que el conocimiento que tengan puede llevar a una modificación de los estilos de vida para reducir dichos riesgos.

En referencia a las reacciones ante el diagnóstico y sus diferentes tratamientos mostró una amplia variabilidad tal como lo describen Stanton y Snider desde 1993, coincidiendo en algunas, por ejemplo, las preocupaciones por la pérdida o aumento de peso, por la pérdida del cabello debido a la quimioterapia o baja autoestima y en lo que se refiere a las emociones, miedo y tristeza fueron las más reportadas haciendo uso también de la psico-educación para abordarlas y el método de solución de problemas.

Dentro de las limitaciones presentes en el estudio se encuentra el diseño; al ser un estudio pre experimental no se contó con un grupo de comparación, lo cual dificulta atribuir por completo los cambios a la intervención. En próximas réplicas, el escenario ideal permitiría comparar grupo experimental y grupo control. El reclutamiento de participantes representó otro problema debido a la dificultad o imposibilidad de localizar a las pacientes, a la dificultad de algunas para asistir a citas semanales para recibir la intervención y debido a la falta de recursos humanos en el proyecto puesto que existían cuatro posibles lugares dentro del servicio para abordar a las participantes y sólo una persona dedicada tanto a captura de pacientes cómo a la intervención; por ello se sugiere para futuras réplicas, contar con más personal para poder captar el mayor número de pacientes y abordar así la limitación que se genera de una muestra pequeña, mejorando también la validez externa.

Por último, el uso del Inventario Cope 28 para medir los estilos de afrontamiento es otro aspecto a considerar puesto que, a pesar de ser un instrumento adaptado y validado al español, no se encuentra validado para población mexicana, observándose algunas dificultades por parte de las participantes para comprender algunos reactivos; se buscó minimizar dicho sesgo brindando a cada paciente los mismos ejemplos y explicaciones ante cada reactivo de la escala. Valdría la pena entonces, realizar una validación del instrumento para población mexicana y específicamente oncológica. Se concluye entonces, junto con los aportes de la literatura la necesidad de información y apoyo que tienen las mujeres con cáncer de mama en general y ante tratamientos específicos como la cirugía, quimioterapia o radioterapia así como la importancia de un trabajo interdisciplinario para brindar una atención de calidad a todos los pacientes puesto que cada momento del proceso de enfermedad, sea cáncer de mama como lo aquí descrito o alguna otra enfermedad crónica conlleva necesidades específicas que no alcanzan a ser cubiertas por el personal de salud a cargo.

REFERENCIAS

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., & Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 940–947. <http://doi.org/10.1093/jjco/hys119>
- Bulotiene, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V., & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: Relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 4, 57-62.
- Callari, A., Mauri, M., Miniati, M., Mancino, M., Bracci, G., Dell’Osso, L., & Greco, C. (2013). Treatment of depression in patients with breast cancer: A critical review. *Tumori*, 99(5), 623–633. <https://doi.org/10.1700/1377.15313>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol’s too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375–390. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- D’Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ferlay J., Soerjomataram, I., Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers, C, ... & Bray, F. (2012) Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Recuperado el 21 Marzo 2017 <http://globocan.iarc.fr>
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579–594. <http://doi.org/10.1002/pon.991>
- Galindo-Vázquez, O., Benjet, C., Juárez-García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J., ... & Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Castillo, E. R., Benjet, C., García, A. M., Ponce, J. L. A., & Aguilar, S. A. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en sobrevivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 233–241. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47385
- Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*, 22(6), 642–646, 650; discussion 650, 653.
- Garduño, C., Sánchez-Sosa, J. J., & Riveros, A. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina*

- na Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69–80.
- Garssen, B., Boomsma, M. F., Meezenbroek, E. de J., Porsild, T., Berkhof, J., Berbee, M., & Beelen, R. H. J. (2013). Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psycho-Oncology*, 22(3), 572–580. <http://doi.org/10.1002/pon.3034>
- Gil, F. L., Costa, G., Pérez, J., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90–92. <https://doi.org/10.1157/13115354>
- Hsu, S. C., Wang, H. H., Chu, S. Y., & Yen, H. F. (2010). Effectiveness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 18(3), 215–226. <http://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181ed57d0>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Recuperado el 05 de 03 de 2015, de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado el 24 de 03 de 2017, de http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/Mortalidad-General.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69–90. <http://doi.org/10.3322/caac.20107>
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: A report from the coping with cancer study. *Cancer*, 104(12), 2872–2881. <https://doi.org/10.1002/cncr.21532>
- Lim, C. C., Devi, M. K., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(3), 215–235. <http://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x>
- Linden, W. (2007). The autogenic training method of J.H. Schultz. En P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk & W. E. Sime (Eds.). *Principles and practice of stress management* (pp 734). New York: The Guilford Press
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Lizama, N., Rogers, P., Thomson, A., Slevin, T., Fritschi, L., Saunders, C., & Heyworth, J. (2016). Women's beliefs about breast cancer causation in a breast cancer case-control study. *Psycho-Oncology*, 25(1), 36–42. <https://doi.org/10.1002/pon.3869>
- López, M., Polaino-Lorente, A., & Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 423–428
- Manuel, J. C., Burwell, S. R., Crawford, S. L., Lawrence, R. H., Farmer, D. F., Hege, A., & Avis, N. E. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(2), 85–94. <http://doi.org/10.1097/01.NCC.0000265001.72064.dd>
- Moerman, N., Van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia and Analgesia*, 82(3), 445–451.
- Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543–552.
- Oers, H. V., & Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: A review of current research and practice. *South African Family Practice*, 55(6), 525–529. <http://doi.org/10.1080/20786204.2013.10874411>
- Ornelas, R. E. (2013). Efectos de una intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Ornelas, M. R. E., Tufiño, M. A. T., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., Rosas, A. R., & Sosa, J. J. S. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55–62.
- Reid-Arndt, S. A., & Cox, C. R. (2012). Stress, coping and cognitive deficits in women after surgery for breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(2), 127–137. <http://doi.org/10.1007/s10880-011-9274-z>
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16–23.
- Tojal, C., & Costa, R. (2015). Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1060–1065. <https://doi.org/10.1002/pon.3765>