

# Efecto de una Psicoeducación en Cuidadores de Pacientes con Cáncer de Mama Sometidas a Quimioterapia

## Effect of a Psychoeducation on Caregivers of Patients with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy

Lilian Margarita González Avilés  
Facultad de Psicología, UNAM

Karen Yareni Robert León  
Facultad de Psicología, UNAM

Nazira Calleja  
Facultad de Psicología, UNAM

Aime Edith Martínez Basurto  
Facultad de Psicología, UNAM

Los cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con cáncer de mama en quimioterapia suelen poseer poca información fidedigna sobre la enfermedad y los tratamientos, además de presentar afectaciones psicológicas debido a la sobrecarga del cuidado, todo esto a su vez repercute en la percepción de necesidades de cuidados de apoyo (NCA) de sus pacientes. El presente estudio evaluó a través de un diseño de pre-post intervención y seguimiento el efecto de una psicoeducación proporcionada a 30 CPI de pacientes con cáncer de mama en quimioterapia, sobre sus conocimientos de la enfermedad, sus niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga, así como sobre la percepción de las pacientes respecto a sus NCA. Los CPI respondieron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala de Sobrecarga de Zarit y un cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad; asimismo, a las pacientes se les aplicó el Cuestionario de Necesidades de Cuidados de Apoyo. Después de la psicoeducación, se observó un incremento significativo en los conocimientos de los CPI, así como una reducción significativa de su sintomatología ansiosa. Las necesidades que presentaron las pacientes con mayor frecuencia fueron las del sistema de salud e información, las cuales disminuyeron significativamente después de la psicoeducación a sus CPI. Estos efectos se mantuvieron en el seguimiento. El programa no afectó significativamente los puntajes de sintomatología depresiva ni los de sobrecarga. Se concluye que la psicoeducación constituye una herramienta fundamental para la atención psicológica de los CPI y de las pacientes con cáncer de mama en quimioterapia.

*Palabras clave:* Psicoeducación; cáncer de mama; quimioterapia; cuidador primario informal (CPI).

*Autor para correspondencia:* Lilian Margarita González Avilés. Dirección: Andador la Barranca, S/N, San Cristóbal, Ecatepec de Morelos, Estado de México, C.P. 55000.  
*Correo electrónico:* gonzalezlilian553@gmail.com. Teléfono: 5544722527.

*Contribuciones:* Las Doctoras Nazira Calleja y Aime Martínez, y las Licenciadas Lilian González y Karen Robert realizaron aportaciones teóricas y metodológicas para la investigación y para la redacción del presente artículo.

*Agradecimientos:* Al personal del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza por permitir la elaboración de esta investigación en sus instalaciones.

Artículo disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/index>

Informal primary caregivers (IPC) of patients with breast cancer undergoing chemotherapy usually have little reliable information about the disease and the treatments, in addition to presenting psychological affectations due to the overload of care that influence the supportive care needs of their patients (SCNS). The present study evaluated through a pre-post intervention and follow-up design the effect of psychoeducation provided to 30 IPC of breast cancer patients undergoing chemotherapy, on their knowledge of the disease, their levels of anxious, depressive and overload symptomatology, as well as on the patient's perception of their SCNS. The IPC answered the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Zarit Caregiver Burden Scale and a knowledge questionnaire of the disease; the Supportive Care Needs Questionnaire was applied to the patients. After psychoeducation, a significant increase in the knowledge of the IPC was observed, as well as a significant reduction in their anxious symptoms. The needs most frequently presented by patients where health system and information needs, which decreased significantly after psychoeducation to their caregivers. These effects were maintained at follow-up. The program does not significantly affect the scores of depressive symptoms or overload. It is concluded that psychoeducation constitutes a fundamental tool for the psychological care of the IPC and of the patients with breast cancer in chemotherapy.

Keywords: psychoeducation; breast cancer; chemotherapy; informal primary caregiver (IPC).

A nivel mundial, el cáncer de mama es el cáncer que más presentan las mujeres y a su vez la causa más frecuente por la que fallecen (Global Cancer Observatory [GLOBOCAN], 2018). Durante el tratamiento, las mujeres con cáncer suelen experimentar diversos efectos secundarios derivados de la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, siendo esta última uno de los tratamientos más invasivos y que más efectos suele ocasionar a nivel físico y psicológico (Kayl & Meyers, 2006). Lo anterior origina que durante este proceso las pacientes presenten necesidades de cuidados de apoyo (NCA), es decir, requerimientos de ayuda en dominios específicos durante su tratamiento médico (Pérez et al., 2017). Diversos investigadores coinciden en que las NCA más frecuentes de las pacientes son las relacionadas con el acceso a información sobre su diagnóstico y tratamiento (Harrison et al., 2009; Hawkins et al., 2008; Pérez et al., 2017; Pérez et al., 2018; Rutten et al., 2004).

La persona que sustenta las NCA de las pacientes es, en la mayoría de las ocasiones, un integrante de su familia nuclear, quien adopta el rol de cuidador primario informal (CPI) y se involucra en complejas tareas de cuidado sin capacitación previa ni remuneración económica (Ruiz & Moya, 2012). Durante los tratamientos del cáncer, el rol de los CPI es fluido y cambiante, y desarrollan diferentes actividades, tales como monitorear e interpretar los síntomas de sus pacientes, tomar decisiones con respecto a los tratamientos, ayudar a las pacientes a regular sus emociones, controlar los efectos secundarios de los tratamientos y trabajar en conjunto con los proveedores de salud (Ream et al., 2013; Schumacher, 1996). No obstante, apoyar a un paciente durante la quimioterapia suele ser agotador y estresante sobre todo por los efectos secundarios del tratamiento. Aunado a esto, un gran número de cuidadores no está preparado para lidiar con estas dificultades (Tsianakas et al., 2015). Entre las necesidades más frecuentes que reportan los CPI durante la quimioterapia se encuentra la obtención de información sobre la posible evolución de su paciente; información sobre la quimioterapia,

sus beneficios, efectos secundarios y el manejo de los síntomas en el hogar; información respecto al apoyo financiero; información relacionada con sus necesidades como cuidadores; e información sobre terapias complementarias y alternativas (Budín et al., 2008; Eriksson, 2001; Obaidi & Attiyat, 2013; Ream et al., 2013). Sin embargo, es frecuente que dicha necesidad no se cubra, lo que ocasiona que los cuidadores se sientan insuficientemente informados e incapaces de contribuir a las decisiones relativas al cuidado de sus familiares (McIlpatrick et al. 2006), lo cual puede causar que los CPI presenten sobrecarga (Cárdenas et al., 2017), depresión, ansiedad e incluso que desatiendan su salud física (American Cancer Society [ACS], 2018). Lo anterior pone de relevancia la necesidad de proporcionar atención profesional a los CPI para prepararlos para su rol de proveedores de cuidado, con lo que podrían dedicar más tiempo a sí mismos y mejorar el cuidado brindado a sus pacientes (Galindo et al., 2015a).

La psicoeducación es una intervención enmarcada en la terapia cognitivo conductual cuyo objetivo es proporcionar información acerca de los síntomas, etiología, tratamiento y curso de una enfermedad con la finalidad de incrementar los conocimientos del paciente y su familia y así mejorar su calidad de vida (McFarlane et al., 2003; Treto, 2009). Durante la psicoeducación para mujeres con cáncer de mama y sus familiares, además de incluirse información general sobre el cáncer y los tratamientos existentes, se exploran mitos o ideas distorsionadas y se resuelven las dudas relacionadas (Rosario & Almanza, 2011). De igual forma, se proporciona información al CPI para que logre adaptarse a su nuevo rol, promoviendo conductas de autocuidado físico y emocional (Cuevas & Moreno, 2017). Los hallazgos de un reciente ensayo controlado y una revisión sistemática con meta-análisis que incluyó intervenciones psicoeducativas realizadas con CPI de pacientes con cáncer de mama, señalan que la psicoeducación es una herramienta que ayuda a disminuir los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión (Cipolletta et al., 2019; Northouse et al., 2010). Asimismo, una revisión siste-

mática señaló que además de mejorar los estados emocionales, la psicoeducación mejora el conocimiento sobre la enfermedad (Applebaum & Breitbart, 2013), y cuando un CPI comprende mejor los síntomas y efectos secundarios de la quimioterapia, es más capaz de identificar síntomas clínicos importantes de manera temprana y buscar apoyo del profesional de la salud para mejorarlos (Tsianakas et al., 2015). En consecuencia, las pacientes cuyas parejas o familiares recibieron intervenciones reportaron menos alteraciones en el estado de ánimo, mayor confianza y una mejor relación (Applebaum & Breitbart, 2013; Bultz et al., 2000; Tsianakas et al., 2015).

En general, las intervenciones psicoeducativas en los CPI tienen un impacto positivo tanto en la información como en la atención que les brindan a sus pacientes, sin embargo, las intervenciones suelen incluir varias sesiones, lo cual es poco viable para cuidadores que no pueden acompañar a sus pacientes a todas las sesiones de quimioterapia y por lo tanto no podrían beneficiarse de éstas, por lo cual es importante generar intervenciones breves que faciliten el acceso a la información. Otro aspecto a considerar es que la mayoría de los estudios incorpora pacientes que han sido recientemente diagnosticadas o que se encuentran en etapas tempranas de la enfermedad, lo que implica diferentes necesidades de cuidados en comparación con pacientes que se encuentran en etapas más avanzadas o que ya fueron tratadas con otros procedimientos (Applebaum & Breitbart, 2013; Ugalde et al., 2019). Finalmente, diversos autores recomiendan realizar las intervenciones psicoeducativas durante las primeras sesiones de quimioterapia, para que tanto pacientes como cuidadores aprendan estrategias que les permitan tener un mayor control del proceso (Ream et al., 2013; Tsianakas et al., 2015).

Hasta donde nos fue posible conocer, el efecto de la psicoeducación en CPI durante el tratamiento de quimioterapia ha sido poco estudiado, y menos aún su efecto a largo plazo. Por lo que el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la psicoeducación proporcionada a CPI de pacientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia, sobre sus conocimientos de la enfermedad, sus niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga, así como sobre la percepción de las pacientes respecto a sus NCA.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 30 diadas paciente–CPI, las cuales fueron elegidas de manera no probabilística, por conveniencia, durante cuatro meses (de enero a mayo del 2019). Fueron incluidas las diadas en las que la paciente se encontraba en etapa clínica I, II o III, y acudía por primera, segunda o tercera vez a quimioterapia acompañada de su CPI; además se verificaba que el CPI y su paciente no presentaran algún trastorno psicológico o psiquiátrico confirmado, que no se encontraran en algún grupo de apoyo contra el cáncer o en terapia psicológica/psiquiátrica y que firmaran el consentimiento informado. Las diadas poten-

ciales eran excluidas del estudio si la paciente se encontraba en tratamiento paliativo o con cáncer recurrente.

Las pacientes fueron mujeres con cáncer de mama en etapa clínica I (20%), II (30%) o III (50%) que acudían acompañadas de sus CPI a su primera (63.3%), segunda (26.7%) o tercera quimioterapia (10%) en el servicio de oncología médica de un hospital de ginecología y obstetricia de tercer nivel de la Ciudad de México. Su media de edad fue de 51.8 años (DE = 9.4). La mayoría estaban casadas (66.7%), con escolaridad máxima de bachillerato o secundaria (63.3%) y se dedicaban al hogar o tenían algún oficio (80%). Más de la mitad (53.3%) estaba recibiendo quimioterapia adyuvante y el 46.7% quimioterapia neoadyuvante.

Más de la mitad de los CPI fueron mujeres (56.7%), con una media de edad de 48.9 años (DE = 16). La mayoría de los CPI estaban casados (46.7%), con escolaridad máxima de bachillerato o secundaria (60%) y se dedicaban a algún oficio (36.7%). El 36.7% de los CPI eran los esposos de las pacientes y una proporción menor la representaban sus hijas o hijos (23.3%). La media de horas al día que reportaron dedicar al cuidado de su paciente fue de 19 (DE = 6.3).

### Escenario

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza. La evaluación de los CPI se realizó en la sala de espera de quimioterapia y la evaluación de las pacientes fue en la sala de quimioterapia.

### Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental de un solo grupo con pre-post intervención y seguimiento.

### Instrumentos y materiales

Los datos sociodemográficos y clínicos de las diadas se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada a la paciente y otra a su CPI, diseñadas ex profeso para la intervención.

*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)*, de Zigmond y Snaith (1983), en su versión validada para CPI mexicanos de pacientes con cáncer (Galindo et al., 2015b). Está compuesta por dos subescalas, una de ansiedad y una de depresión, conformadas por seis reactivos cada una, con opciones de respuesta tipo Likert, que van de Para nada (0) a Todo el tiempo (3). Se reporta un índice de confiabilidad alfa de Cronbach para la escala total de 0.83, y para las subescalas de  $\alpha = 0.82$  (ansiedad) y  $\alpha = 0.78$  (depresión).

*Escala de Sobrecarga de Zarit (ZBI)*, de Zarit et al. (1980), en su versión validada para cuidadores mexicanos de pacientes con cáncer de mama de Galindo y colaboradores (2015a). Está compuesta por 21 reactivos y tres subescalas: impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia.

Las opciones de respuesta con formato de escala Likert van de Nunca (0) a Siempre (4). La consistencia interna global de la escala es de  $\alpha = 0.90$ , y de las subescalas  $\alpha = 0.90$  (impacto del cuidado),  $\alpha = 0.74$  (relaciones interpersonales) y  $\alpha = 0.67$  (expectativas de autoeficacia).

*Cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad.* Fue elaborado ex profeso para este estudio. Mide los conocimientos del CPI sobre el cáncer de mama, la quimioterapia, los cuidados de la paciente y el autocuidado. Contiene siete preguntas con respuestas de opción múltiple; cada respuesta correcta tiene valor de un punto, por lo que la máxima puntuación posible es de 7. Las preguntas y sus opciones de respuesta se muestran en el Anexo 1.

*Cuestionario de Necesidades de Cuidados de Apoyo en su versión breve (SCNS-SF34)*, de Boyes y colaboradores (2009), en su versión adaptada al español por Pérez y colaboradores (2017). Evalúa las necesidades percibidas por adultos con cáncer. Contiene 34 reactivos agrupados en cinco dominios: necesidades psicológicas, necesidades del sistema de salud e información, necesidades físicas y de actividades de la vida diaria, necesidades de cuidados y apoyo, y necesidades relacionadas con la sexualidad. Se responde con una escala Likert que va de No aplica (1) a Necesidad alta (5). Los coeficientes alfa de Cronbach para las subescalas oscilan entre 0.87 y 0.96.

Para el programa de psicoeducación se elaboró el *Manual de apoyo para el cuidador de la paciente con cáncer de mama en quimioterapia* (este documento está disponible para quien lo solicite al autor), el cual consta de 23 páginas y reúne información e ilustraciones acerca del cáncer de mama, los cuidados para la paciente en quimioterapia y el autocuidado del CPI. Su contenido se conformó a partir de la información encontrada en diversas fuentes de información oncológica (Alianza Nacional para la Prestación de Cuidados & Emblem Health, 2010; American Society of Clinical Oncology, 2016; Cunchillos, s.f.; Family Caregiver Alliance, s.f.; Instituto Nacional de Cancerología, 2017; National Cancer Institute, 2007; Ramírez et al., 2012; Roche Farma, 2011; Tocino et al., 2017) que abordaban parcialmente las temáticas requeridas. El *Manual* fue presentado a diez CPI de pacientes con cáncer de mama y se recabaron sus comentarios y sugerencias sobre su contenido y su comprensión. Se sometió también al juicio de dos expertos, una doctora en psicología de la salud y un médico especialista en oncología. Se realizaron las correcciones pertinentes y se obtuvo una versión final, a partir de la cual se elaboró una presentación en Power Point que se utilizó en la psicoeducación. Los temas que se abordaron fueron los siguientes: cáncer de mama, factores de riesgo y tratamiento; la quimioterapia, efectos secundarios físicos y emocionales, síntomas y signos de urgencia, acciones contra los síntomas; el cuidador primario informal de la paciente con cáncer de mama, problemas en el estado físico y emocional del cuidador, autocuidado del cuidador.

Asimismo, se construyó un cuestionario de satisfacción con la psicoeducación, que constó de tres preguntas que indagaban la opinión del CPI sobre lo que consideraba que había mejorado después del programa, los cambios que proponía y las razones por las que recomendaría que otros la recibieran.

## Intervención

El tratamiento del CPI consistió en una sesión de dos horas de psicoeducación basada en el *Manual de apoyo para el cuidador de la paciente con cáncer de mama en quimioterapia*, la cual se llevó a cabo con la ayuda de una tableta electrónica en la que se mostraba una presentación en Power Point. Al final de la psicoeducación se obsequió al CPI un ejemplar del *Manual* mencionado previamente. Por su parte, la paciente recibía el tratamiento usual, que consistía en brindarle información sobre los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia y recomendaciones para aminorarlos.

## Procedimiento

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia, la cual está avalada por el Comité de Ética de la institución, con número de registro R-2016-785-088. En un primer momento se indagaba si las pacientes y sus CPI cumplían con los criterios de inclusión, de ser así, se les explicaba el objetivo del proyecto y se les invitaba a participar voluntariamente, si aceptaban se leía detenidamente el consentimiento informado con cada uno, se hacía énfasis en la confidencialidad de sus respuestas y se respondían sus dudas, al final se solicitaba que firmaran el consentimiento si estaban de acuerdo. Posteriormente fueron entrevistados y completaron la batería de pruebas correspondiente al momento de la sesión de quimioterapia; la post - evaluación se realizó 3 o 4 semanas después de la intervención; y el seguimiento se llevó a cabo 3 o 4 semanas después de la post - evaluación, en esta última evaluación los CPI respondieron el cuestionario de satisfacción con la psicoeducación. El rango de tiempo entre las evaluaciones dependió de la cita asignada por los médicos para los ciclos de quimioterapia de las pacientes.

## Análisis de los datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables clínicas de las pacientes y de las sociodemográficas de ellas y de sus CPI, así como de la sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga, de conocimientos sobre la enfermedad y de las NCA en las tres mediciones. Para comparar los puntajes de las variables en los tres momentos de medición se utilizó la *t* de Friedman, y en caso de encontrar diferencias significativas entre estas mediciones se aplicó *t* de Wilcoxon para determinar entre qué par de medidas se ubicaban dichas diferencias. Además, se calculó el tamaño del efecto o correlación biserial (*r*bs) de las diferencias que resultaron significativas mediante una calculadora en línea del tamaño de efecto (Easy Calculation.com,

s.f.). Los puntos de corte utilizados para el tamaño de efecto fueron de 0 a .099 nulo, de 0.100 a 0.299 pequeño, de 0.300 a 0.499 mediano y de 0.500 en adelante grande (Domínguez, 2018). El criterio de significancia estadística fue de  $p \leq .05$ . Las respuestas al cuestionario de satisfacción con la psicoeducación se categorizaron en términos de lo que los CPI consideraron que habían mejorado después de la intervención, así como los cambios que proponían y las razones por las que recomendarían la psicoeducación.

## RESULTADOS

La sintomatología ansiosa y depresiva, así como la de sobrecarga de los CPI en las tres mediciones correspondieron a un nivel de ausencia clínica. En cuanto a la sintomatología ansiosa, hubo una disminución significativa de la pre-evaluación a la post-evaluación ( $Z = 2.246$ ,  $p = 0.025$ ,  $rbis = 0.194$ ), así como entre la pre-evaluación y el seguimiento ( $Z = 3.005$ ,  $p = .003$ ,  $rbis = 0.296$ ), ambas con un tamaño de efecto pequeño. Además, se observó una menor dispersión de los datos después de la psicoeducación, que aumentó en el seguimiento (figura 1). Respecto a la sintomatología depresiva, las puntuaciones más altas se obtuvieron en la post-evaluación y no hubo diferencias significativas entre las tres evaluaciones. La dispersión de los datos incrementó a través de las evaluaciones (figura 2).

Se obtuvieron puntuaciones mayores de sobrecarga total en la post-evaluación, en comparación con la pre-evaluación, que disminuyeron significativamente en el seguimiento con un tamaño de efecto pequeño ( $Z = 2.263$ ,  $p = .024$ ,  $rbis = 0.146$ ). En la subescala de impacto del cuidado las puntuaciones fueron iguales en la pre-evaluación y en la post-evaluación, pero también disminuyeron significativamente en el seguimiento, con un tamaño de efecto pequeño ( $Z = 2.029$ ,  $p = .042$ ,  $rbis = 0.124$ ). Tanto en la subescala de relaciones interpersonales como en la subescala de expectativas de autoeficacia, en las que las mayores puntuaciones de los CPI se observaron en la post-evaluación, no hubo diferencias significativas entre las mediciones. La dispersión de los datos fue mayor en la post-evaluación y disminuyó en el seguimiento (figura 3).

En lo referente a los conocimientos de los CPI, se observó un incremento significativo entre la pre-evaluación y la post-evaluación ( $Z = 4.448$ ,  $p < .001$ ,  $rbis = -0.557$ ), así como entre la pre-evaluación y el seguimiento ( $Z = 4.425$ ,  $p < .001$ ,  $rbis = -0.526$ ), ambas con un tamaño de efecto grande. La dispersión de los datos fue similar en las mediciones (figura 4).

Por otro lado, entre la pre-evaluación y la post-evaluación se encontró una disminución significativa con tamaño de efecto moderado, tanto de las necesidades de cuidados de apoyo totales ( $Z = 2.649$ ,  $p = .008$ ,  $rbis = 0.302$ ) como de la subescala de necesidades del sistema de salud e información ( $Z = 3.227$ ,  $p = .001$ ,  $rbis = 0.348$ ). Además, hubo una disminución significativa entre la pre-evaluación y el seguimiento, con tamaño de efecto pequeño para las NCA totales ( $Z = 2.628$ ,  $p = .009$ ,  $rbis = 0.289$ ) y con tamaño de efecto mediano para las Necesidades

del sistema de salud e información ( $Z = 3.540$ ,  $p < .001$ ,  $rbis = 0.350$ ). Respecto a la subescala de necesidades psicológicas, hubo un decremento significativo entre la pre-evaluación y el seguimiento, con tamaño de efecto pequeño ( $Z = 2.982$ ,  $p = .003$ ,  $rbis = 0.285$ ). En la subescala de necesidades relacionadas con la sexualidad las pacientes obtuvieron las mayores puntuaciones en la pre-evaluación y hubo un incremento significativo entre la post-evaluación y el seguimiento, con tamaño de efecto pequeño ( $Z = 2.082$ ,  $p = .037$ ,  $rbis = -0.168$ ). Por último, en la subescala de necesidades físicas y actividades de la vida diaria y en la subescala de cuidado y apoyo de la paciente, en las que se obtuvieron las mayores puntuaciones en el seguimiento, no hubo diferencias significativas entre las mediciones. La dispersión de las puntuaciones totales de las NCA disminuyó en la post-evaluación y volvió a incrementarse en el seguimiento (figura 5).

Respecto al cuestionario de satisfacción con la psicoeducación, en el que los CPI podían elegir más de una opción, la mayoría señaló que la intervención le ayudó a incrementar sus conocimientos sobre el cáncer de mama (90%) y sobre la quimioterapia (77%), y que mejoró su capacidad para cuidar a su paciente (73%). Una cantidad menor indicó que mejoró su capacidad para cuidarse a sí mismo (60%), que se sintió mejor emocionalmente (53%) o físicamente (17%). Ante la pregunta de los cambios que sugerían para mejorar la psicoeducación, respondieron: ningún cambio (63%), profundizar en temas específicos (el 10% indicó información de tratamientos alternativos para el cáncer y en dónde conseguir pelucas, y el 7% más información sobre el autocuidado), duración de la psicoeducación o momento en el que se proporciona (3% señaló que sería mejor desde antes de iniciar la quimioterapia y 10% que sería deseable que durara todo el tratamiento) y más imágenes y videos (10%). Las razones que dieron por las que recomendarían la psicoeducación fueron: porque proporciona información sobre la enfermedad y de cómo ayudar a la paciente (90%), porque apoya el tratamiento (17%) y porque mejora el estado emocional (7%).

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, las puntuaciones de la sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga de los CPI en las tres evaluaciones correspondieron a un nivel de ausencia clínica. Esto difiere con otros datos que revelan que 40.7% de los CPI llega a presentar sintomatología ansiosa, 67% sintomatología depresiva leve y de un 2% a 35% sintomatología depresiva grave, e incluso síntomas de sobrecarga (ACS, 2018; Cárdenas et al., 2017; Galindo et al., 2015b). Dicha discrepancia podría deberse a que en este estudio la mayoría de las pacientes recibía quimioterapia adyuvante con fines preventivos de reincidencia, representando un pronóstico favorable, del cual tenían conocimiento los CPI. Al respecto, Beaver y colaboradores (2016) señalan que el tener quimioterapia antes de la cirugía implica una rápida transición de la salud a la enfermedad, mientras que tener quimioterapia después de la cirugía no tiene ese efecto negativo y permite a las pacientes a sus CPI prepararse para el tratamiento.



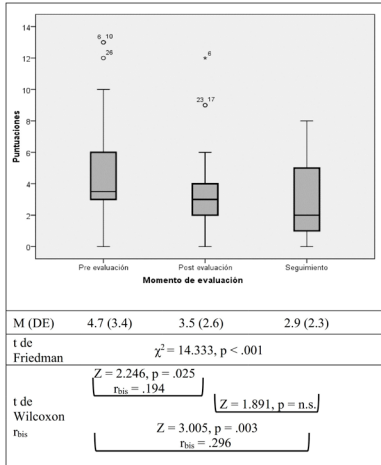


Figura 1. Diferencias en la sintomatología ansiosa entre mediciones.

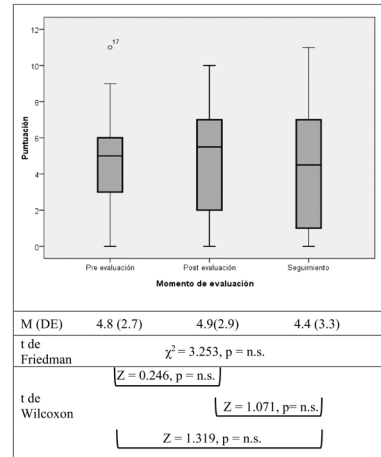


Figura 2. Diferencias en la sintomatología depresiva a lo largo de las mediciones.

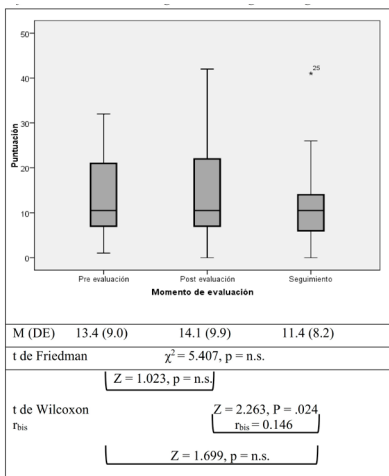


Figura 3. Diferencias en la sintomatología de sobrecarga a lo largo de las mediciones.

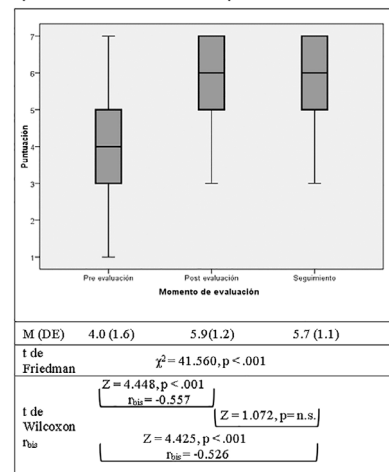


Figura 4. Diferencias de conocimientos sobre la enfermedad entre mediciones.

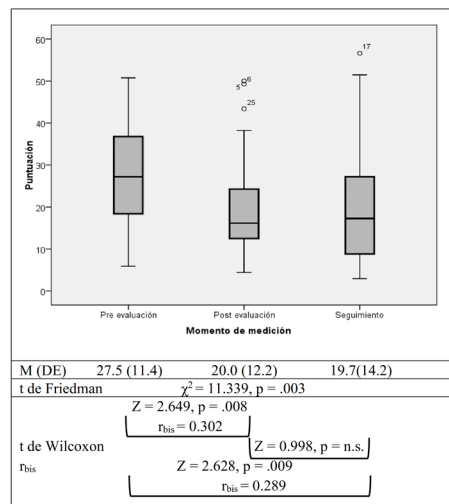


Figura 5. Diferencias en las necesidades de cuidados de apoyo entre mediciones.

Después de la intervención se redujo significativamente la sintomatología ansiosa de los CPI, con un tamaño de efecto pequeño que se mantuvo en el seguimiento. Estos resultados son congruentes con otros autores que mencionan que un CPI bien informado asume un involucramiento más activo en el cuidado de su paciente, utiliza mejores estrategias de afrontamiento, tiene mejores relaciones sociales, incrementa su bienestar emocional, su conocimiento sobre la enfermedad y su percepción de autoeficacia (Applebaum & Breitbart, 2013; Bultz et al., 2000; Cipolletta et al., 2019; Lally & Brooks, 2016; Northouse et al., 2010; Tsianakas et al., 2015). A continuación de la psicoeducación, la dispersión de los datos disminuyó y en el seguimiento volvió a incrementar, lo cual indica la necesidad de reforzar la información respecto del manejo de esta sintomatología en sesiones posteriores, para mantener el efecto positivo de la psicoeducación.

Contrario a lo esperado, ni los niveles de sintomatología depresiva ni la sintomatología de sobrecarga de los CPI disminuyeron después de la psicoeducación. Estos resultados difieren de lo reportado en otras investigaciones (Applebaum & Breitbart, 2013; Bultz et al., 2000; Cipolletta et al., 2019; Lally & Brooks, 2016; Marshall et al., 2013; Northouse et al., 2010) y podría atribuirse a los bajos niveles que registraron estas variables en la evaluación inicial, lo cual pudo haber dificultado la aparición de cambios clínicamente significativos en la post-evaluación (Losada et al., 2005; Northouse et al., 2010). Sin embargo, los niveles de sobrecarga disminuyeron en el seguimiento, especialmente en la subescala de impacto del cuidado, lo cual puede explicarse con la hipótesis adaptativa de George y Gwyther (1984), que postula que a medida que pasa el tiempo, el CPI desarrolla más habilidades de cuidado, obtiene más información acerca de la enfermedad y utiliza más los recursos disponibles, por lo que, a mayor tiempo de cuidado, experimentará menor sobrecarga. La dispersión de los datos podría reflejar este efecto, ya que en la pre y en la post-evaluación fue similar, pero disminuyó en el seguimiento. No obstante, como señalan Cárdenas y colaboradores (2017) es recomendable sumar otras herramientas a las intervenciones psicoeducativas para impactar sobre esta variable.

Los conocimientos sobre la enfermedad aumentaron significativamente y se mantuvieron en el seguimiento, el tamaño de efecto fue grande. Esto refuerza la idea de que la psicoeducación incrementa el conocimiento de los CPI sobre la enfermedad de sus pacientes, el tratamiento y su autocuidado (Applebaum & Breitbart, 2013; Cipolletta et al., 2019; Font & Rodríguez, 2007; Lally & Brooks, 2016; Marshall et al., 2013; Northouse et al., 2010). La dispersión de las puntuaciones fue similar en las tres mediciones, indicando que los participantes tenían entre sí niveles parecidos de información.

Respecto a las NCA de las pacientes, las que más presentaron fueron las relacionadas con el sistema de salud e información, lo cual concuerda con estudios previos (Hawkins et al., 2008; Pérez et al., 2018; Rutten, et al., 2004). Después de la intervención a los CPI, hubo una reducción significativa con tamaño de efecto mediano de las NCA totales y de las del sistema de salud e infor-

mación de las pacientes, lo que se mantuvo en el seguimiento. Este resultado difiere de los resultados de Pérez y colaboradores (2018) que señalaron que las necesidades relacionadas con el sistema de salud e información, a diferencia de las otras NCA, no disminuyen a través del tiempo, se puede asumir entonces, que la psicoeducación a los CPI, de manera indirecta disminuyó dichas necesidades de las pacientes. El incremento de la dispersión de los datos que se observó en el seguimiento indica la necesidad de reforzar la información en sesiones posteriores para mantener su efecto positivo en las NCA.

Por último, en lo que respecta a la satisfacción con la psicoeducación, las respuestas de los CPI indicaron que se cumplió el objetivo de facilitar información a la paciente y a su cuidador ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, ampliando su perspectiva sobre ésta y mejorando su calidad de vida (Colom, 2011; McFarlane et al., 2003; Treto, 2009). Además, se muestra la necesidad de los CPI de contar con información y apoyo psicológico durante todo el proceso de quimioterapia (Budin et al., 2008; Obaidi & Attiyat, 2013).

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el reducido número de participantes, se sugiere incrementarlo en futuras investigaciones para obtener inferencias más precisas hacia la población, lo cual podría verse reflejado también en mayores tamaños de efecto (Molina & Rodrigo, 2014). Además, la selección de los participantes por conveniencia trae consigo el riesgo del sesgo de selección (Villatoro, 2012), debido al cual, sólo aquellos CPI más motivados pudieron haber sido los que aceptaron participar. Otra limitación fue la falta de análisis adicionales para indagar el efecto de posibles variables extrañas sobre las respuestas medidas en la diada paciente-CPI, dichas variables podrían ser el tiempo que transcurría entre la psicoeducación y la post-evaluación que era diferente entre las diadas, o la etapa clínica de cáncer de las pacientes; respecto a dichos problemas se recomienda que en estudios subsecuentes se utilice un grupo control con el que sería posible evaluar el impacto de la intervención sobre las variables medidas, controlando una variedad de amenazas a la validez interna y externa (Campbell & Stanley, 1963).

Una aportación valiosa del presente estudio fue la elaboración del *Manual de apoyo para el cuidador de la paciente con cáncer de mama en quimioterapia*, ya que no existía material que abarcara en su conjunto los temas del cuidado de la paciente en quimioterapia y su CPI. Un proceso riguroso de validación por expertos respecto de la relevancia y claridad de su contenido incrementaría su funcionalidad para futuras aplicaciones (Marques et al., 2016).

Se concluye que la intervención psicoeducativa, que tuvo la ventaja de ser breve y accesible a los CPI, les proporcionó la información adecuada sobre la enfermedad, la quimioterapia y sobre su autocuidado; además, redujo su sintomatología ansiosa y, ayudó a disminuir la necesidad de las pacientes de contar con información sobre su enfermedad y tratamiento, la cual en estudios anteriores había mostrado que continuaba elevada a pesar del paso del tiempo. Se enfatiza también la relevancia de reforzar

la información de la psicoeducación en sesiones posteriores, con el fin de mantener sus resultados positivos. Es fundamental continuar la investigación sobre las variables cognitivas, afectivas y conductuales de los CPI de las pacientes con cáncer de mama, ello permitirá proporcionarles apoyo psicológico basado en evidencia para el desempeño eficaz de su labor de cuidado, en beneficio de su propio bienestar y el de sus pacientes.

## REFERENCIAS

- Alianza nacional para la prestación de cuidados & Emblem Health. (2010). *Cuidados para el cuidador de la familia: un lugar donde empezar*. [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com) › pdfs › care-for-the-caregiver
- American Cancer Society. (2018). *Cáncer*. <https://www.cancer.org/es/>
- Applebaum, A. J., & Breitbart, W. (2013). Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 11(3), 231-252. <https://doi.org/10.1017/s1478951512000594>
- American Society of Clinical Oncology. (2016). *ASCO Answer: Cuidado del paciente. Información de confianza acerca del cuidado para alguien con cáncer de la ASCO*. [https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco\\_answers\\_guide\\_care-giving\\_esp.pdf](https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_guide_care-giving_esp.pdf)
- Beaver, K., Williamson, S., & Briggs, J. (2016). Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.001>
- Boyes, A., Girgis, A., & Lecathelinis, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 602-606. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01057.x>
- Budin, W. C., Hoskins, C. N., Haber, J., Sherman, D. W., Maislin, G., Cater, J. R., Cartwright-Alcares, F., Kowalski, M. O., McSherry, C. B., Furbach, R., & Shukla, S. (2008). Breast Cancer. *Nursing Research*, 57(3), 199-213. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000319496.67369.37>
- Bultz, B. D., Speca, M., Brasher, P. M., Geggie, P. H., & Page, S. A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, 303-313. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200007/08\)9:4<303::AID-PON462>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200007/08)9:4<303::AID-PON462>3.0.CO;2-M)
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally.
- Cárdenas, J., Bargalló, J., Bautista, V., Cervantes, G., Erazo, A., Flores, C., Maffuz, A., Pérez, V., Poitevin, A., Salas, E., Torrecillas, L., & Valero V. (2017). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 16 (S1), 7-78. <http://www.consensocancermamario.com/documentos/Re-vistaGamo2017.pdf>
- Cipolletta, S., Simonato, C., & Faccio, E. (2019). The effectiveness of psychoeducational support groups for women with breast cancer and their caregivers: A mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00288>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(S), 147S-165S. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60200-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60200-6)
- Cuevas, J., & Moreno, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Cunchillos, F. (s.f.). *Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares. Servicio de Cirugía General. Unidad Funcional de Patología Mamaria. Hospital Virgen del Camino. Pamplona*. [http://fecma.vinagrero.es/documentos/guia\\_util\\_para\\_el\\_paciente.pdf](http://fecma.vinagrero.es/documentos/guia_util_para_el_paciente.pdf)
- Domínguez, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Revista Educación Médica*, 19(4), 251-254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Easy calculation. com. (s.f.). *Calculadora del efecto de tamaño*. <https://www.easycalculation.com/es/statistics/effect-size.php>
- Eriksson, E. (2001). Caring for cancer patients: relative's assessments of received care. *European Journal of Cancer Care* 10(1), 48-55. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00246.x>
- Family Caregiver Alliance. (s.f.). *Guía para cuidarse a sí mismo*. <https://www.caregiver.org/gu%C3%ADa-para-cuidarse-si-mismo-guide-taking-care-yourself>
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 423-446. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A/15646>
- Galindo, O., Benjet, C., Cruz, M. H., Rojas, E., Riveros, A., Meneses, A., Aguilar, J. L., Alvarez, M. A., & Alvarado, S. (2015a). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5), 612-615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>
- Galindo, O., Menese, A., Herrera, Á., Caballero, M. del R., & Aguilar Ponce, J. L. (2015b). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392. [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2015.v12.n2-3.51016](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n2-3.51016)
- George, L. K. & Gwyther, L. P. (1984). *The Dynamics of Caregiver Burden: Changes in Caregiver Well-Being Over Time*. [Comunicación]. Annual Meetings of the Gerontological Society of America, San Antonio, Texas.
- Global Cancer Observatory. (2018). *Estimated number of new cases and deaths in 2018, worldwide, all cancers, females, all ages*. <http://gco.iarc.fr/>



- Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17(8), 1117-1128. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0615-5>
- Hawkins, N. A., Pollack, L. A., Leadbetter, S., Steele, W. R., Carroll, J., Ryan, E., Ryan, J., Dolan, J.G., & Morrow, G.R. (2008). Informational needs of patients and perceived adequacy of information available before and after treatment of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(2), 1–16. [http://doi:10.1300/j077v26n02\\_01](http://doi:10.1300/j077v26n02_01)
- Instituto Nacional de Cancerología. (2017). *INCAN. Cuida más. México: Instituto Nacional de Cancerología*. <http://cuidamas.incan-mexico.org/login/index.php>
- Kayl, A. E., & Meyers, C. A. (2006). Side effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(1), 24-28. <https://doi.org/10.1097/01.gco.0000192996.20040.24>
- Lally, R. M., & Brooks, C. (2016). Psychoeducational interventions for supporters of women with breast cancer: an integrative review. *Journal of Cancer Education*, 31(4), 626-632. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0883-3>
- Losada, A., Montorio, I., Fernández, M. & Márquez, M. (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Ministerio de Trabajo e inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2016/02/estudiomalestarpscuidadores.pdf>
- Marques, F., Barros, E., Vasques, C., Ferreira, L., & Diniz, P. (2016). Validación de manual educativo para pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 24, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0949.2706>
- Marshall, C. A., Badger, T. A., Curran, M. A., Koerner, S. S., Larkey, L. K., Weihs, K. L., Verdugo, L., & García, F. A. (2013). Brief Report: Un abrazo para la familia: Providing low-income Hispanics with education and skills in coping with breast cancer and caregiving. *Psycho-Oncology*, 22(2), 470-474. <https://doi.org/10.1002/pon.2108>
- McFarlane, W., Dixon L., Lukens E., & Lucksted A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223–45. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>
- McIlpatrick, S., Sullivan, K., & McKenna, H. (2006). What about the carers?: Exploring the experience of caregivers in a chemotherapy day hospital setting. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 10(4), 294–303. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.12.003>
- Molina, J. & Rodrigo, M. (2014). *Interferencia estadística acerca de la relación entre variables (II): el análisis de varianza (ANOVA)*. Open Course Ware. [http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/estadistica-ii/1est2\\_t4.pdf](http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/estadistica-ii/1est2_t4.pdf)
- National Cancer Institute. (2007). *La quimioterapia y usted*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/quimioterapia-y-usted.pdf>
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials. *A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Obaidi, J. G., & Attiyat, N. (2013). Quality of life among primary caregivers of women with breast cancer: a review. *Middle East Journal of Cancer*, 4(2), 45-49. [https://mej.sums.ac.ir/article\\_41838\\_f9a1d9bb37cd89194153c88272f42e47.pdf](https://mej.sums.ac.ir/article_41838_f9a1d9bb37cd89194153c88272f42e47.pdf)
- Pérez, A., Fleeer, J., Sánchez, J. J., Veloz, M.G., Alanís, P., Schroevers, M. J., & Ranchor, A.V. (2017). Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. *Support Care Cancer*, 25(10), 3273 - 3280. <https://doi:10.1007/s00520-017-3741-5>
- Pérez, A., Fleeer, J., Schroevers, M. J., Alanís, P., Sánchez, J. J., Eulenburg, C., & Ranchor, A. V. (2018). Course and predictors of supportive care needs among Mexican breast cancer patients: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2132-2140. <https://doi.org/10.1002/pon.4778>
- Ramírez, A., Tristan, M., Landaverde, D., & Arce, C. (2012). *Guía para Pacientes: Cáncer de Mama*. CCSS. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/mama1.pdf>
- Ream, E., Pedersen, V. H., Oakley, C., Richardson, A., Taylor, C., & Verity, R. (2013). Informal carers' experiences and needs when supporting patients through chemotherapy: a mixed method study. *European journal of cancer care*, 22(6), 797–806. <https://doi.org/10.1111/ecc.12083>
- Roche Farma. (2011). *Hablemos del cáncer de mama*. ACV ediciones. [http://fecma.vinagrero.es/documentos/HABLEMOS\\_DE\\_CANCER\\_MAMA.pdf](http://fecma.vinagrero.es/documentos/HABLEMOS_DE_CANCER_MAMA.pdf)
- Rosario, I., & Almanza, J. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 133-141. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp114e.pdf>
- Ruiz, R. & Moya, A. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30. [http://reme.uji.es/reme/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf](http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf)
- Rutten, L. J., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2004). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling*, 57(3), 250-261. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.06.006>
- Schumacher, K. L. (1996). Reconceptualising family caregiving: family based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing and Health* 19(4), 261–271. [https://doi:10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199608\)19:4<261::AID-NURI>3.0.CO;2-G](https://doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199608)19:4<261::AID-NURI>3.0.CO;2-G)
- Tocino, N., González, M., De la Casa, M., & Vargas, A. (2017). *Guía de cuidados para pacientes y cuidadores tras la administración de quimioterapia*. Servicio Andaluz de Salud. <https://www.picuida.es/ciudadania/wp-content/uploads/2017/03/revista123x170.pdf>

- Treto, A. (2009). *Validación de una guía psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico* [Tesis de maestría. Universidad médica de Villa Clara “Doctor Serafín Ruíz de Zárate Ruíz”, Santa Clara, Cuba].
- Tsianakas, V., Robert, G., Richardson, A., Verity, R., Oakley, C., Murrells, T., Flynn, M., & Ream, E. (2015). Enhancing the experience of carers in the chemotherapy outpatient setting: an exploratory randomised controlled trial to test impact, acceptability and feasibility of a complex intervention co-designed by carers and staff. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(10), 3069–3080.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2677-x>
- Ugalde, A., Gaskin, C. J., Rankin, N. M., Schofield, P., Boltong, A., Aranda, S., Chambers, S., Krishnasamy, M., & Livingston, P. M. (2019). A systematic review of cancer caregiver interventions: Appraising the potential for implementation of evidence into practice. *Psycho-oncology*, 28(4), 687–701.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5018>
- Villatoro, P. (2012). *La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión*. Naciones Unidas CEPAL.  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4783/S1200595\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4783/S1200595_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.  
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

*Anexo 1 Cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad*

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo más comunes para desarrollar cáncer de mama?

- a) Debido a que se han tenido muchas emociones negativas durante la vida, tales como resentimiento, enojo o tristeza
- b) Haber sufrido violencia física y/o psicológica durante la infancia
- c) Tener sobrepeso u obesidad, así como poca actividad física, fumar y beber alcohol, ser mayor de edad**

2. ¿Cuáles son algunos de los tratamientos para el cáncer de mama?

- a) Quimioterapia biopsia y mastografía
- b) Consumo de moringa, administración de quimioterapia y biopsia
- c) Cirugía, hormonoterapia, quimioterapia y radioterapia**

3. ¿Qué es la quimioterapia?

- a) Es un tratamiento contra el cáncer en el que se emplean radiaciones para destruir o retrasar la propagación de las células cancerosas que crecen y se dividen rápidamente
- b) Es un tratamiento contra el cáncer en el que se utilizan medicamentos para destruir o retrasar la propagación de las células cancerosas que crecen y se dividen rápidamente**
- c) Es un tratamiento para curar el cáncer en el que se destruyen las células cancerígenas de la mama

4. ¿Qué se tiene que hacer si la paciente presenta vomito de manera recurrente durante todo el día, de forma que se le dificulta ingerir alimentos?

- a) Esperar que le toque consulta con su oncólogo
- b) Darle antieméticos (fármacos que impiden el vómito)
- c) Llevarla al hospital al área de urgencias**

5. ¿Cuáles son algunos signos y síntomas de urgencia en las pacientes que reciben quimioterapia?

- a) Fiebre, sangrado por cualquier cavidad del cuerpo, diarrea y vómito intensos y persistentes, dolor que impide hacer actividades cotidianas**
- b) Presencia de úlceras y aftas en la boca, uñas frágiles y oscurecidas, gusto metálico
- c) Cansancio, náuseas y vómito, estreñimiento, diarrea, caída del pelo, resequedad de la piel, sensibilidad de los dientes

6. Al cuidar a una persona con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia es normal que el cuidador tenga cada vez menos tiempo para otras actividades de su vida cotidiana, que ya no rinda igual en su trabajo, que su salud se afecte por las tareas de cuidado y que ya no salga con amigos.

- a) Verdadero
- b) Falso**

7. ¿Qué puede hacer para lidiar con el estrés que representa ser cuidador?

- a) Enfocarse en el cuidado de su paciente, ya que es lo más urgente en estos momentos
- b) Buscar apoyo, dedicar tiempo a uno mismo, descansar suficiente, asistir a sus chequeos médicos, comunicarse con su paciente y con sus demás seres queridos**
- c) Pedir al médico que le recete fármaco para los “nervios”