

# EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL CENTRADO EN EL MALESTAR EMOCIONAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

## THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR EMOTIONAL DISTRESS IN BREAST CANCER

PATRICIA ABERTURAS

INÉS MAGÁN

REGINA ESPINOSA

*Universidad Camilo José Cela (Madrid)*

ELENA NAVAS

MARIANO PROVENCIO

*Hospital Puerta del Hierro (Majadahonda)*

e-mail: [imagan@ucjc.edu](mailto:imagan@ucjc.edu)

### RESUMEN

*En los últimos años, el cáncer de mama se ha constituido como una enfermedad crónica con alta prevalencia y costes económicos asociados elevados. El presente estudio examina la efectividad de un tratamiento protocolizado cognitivo-conductual sobre las principales variables psicosociales (calidad de vida, estrategias afrontamiento, ansiedad, depresión e ira) en el contexto clínico real. Siete mujeres diagnosticadas de cáncer de mama siguieron un tratamiento psicológico completo. Los resultados mostraron incrementos estadísticamente significativos en su calidad de*

### ABSTRACT

*Currently, breast cancer is considered as a chronic disease with high incidence rate and high economic costs. The present study examines the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy focused on main psychosocial factors (quality of life, coping, depression, anxiety and anger) in a real clinical setting. 7 women with a diagnosis of breast cancer completed the psychological treatment. The results showed significant increases in quality of life, especially in functioning role and emotional coping. Also, we found a significant reduction of restrain, anxiety levels, depressive symptomatology and anger;*

Persona y dirección de contacto: Inés Magán ([imagan@ucjc.edu](mailto:imagan@ucjc.edu)). Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Psicología. UCJC. C/ Castillo de Alarcón, 49. 28692 Madrid.

Agradecimientos: Este artículo se deriva del Trabajo de Fin de Máster para optar al título de Máster en Psicología Clínica y de la Salud por la UCJC que realizó la primera autora, bajo la dirección de las dos segundas. Por ello, se quiere mostrar el agradecimiento de los autores a todas las pacientes que acudieron al Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda y a todo el personal de enfermería, médico y administrativo de dicho servicio por el gran trabajo que se realiza.

*vida, especialmente en las dimensiones de rol y emocional. Por otro lado, se observó una reducción significativa en la estrategia de afrontamiento de refrenar emoción, así como una reducción significativa de sintomatología ansiosa, depresiva, niveles de ira rasgo junto con un aumento significativo de control ira interna. Dichos resultados se acompañaron de tamaños del efecto grandes.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Cáncer de mama, emociones negativas, calidad de vida, afrontamiento, efectividad tratamiento psicológico.*

*while a significant increase of internal control of anger was observed. All of these changes were associated with big.*

#### **KEY WORDS**

*Breast cancer, Emotions of life, Coping Strategies, Treatment.*

## **INTRODUCCIÓN**

Actualmente, el cáncer de mama es un problema de salud prioritario. Primero, por su elevada prevalencia, incluso en edades prematuras, –el *European Cancer Observatory* (EUCAN) estima que, en nuestro país, el cáncer de mama supone el 54,1% de las neoplasias en mujeres (Ferlay et al., 2013)–. Segundo por el impacto que provoca en la persona que lo padece al verse amenazada su supervivencia; sin olvidar el coste económico que supone a nivel social, tanto en cuanto al uso de servicios sanitarios, como a la pérdida en años de vida productivos (López-Bastida, Serrano-Aguilar y Duque-González, 2003). Sin embargo, el avance en los sistemas de detección precoz, diagnóstico y en los tratamientos médicos ha favorecido que se haya reducido las tasas de mortalidad en mujeres con cáncer de mama (Antoñanzas et al., 2006). De esta manera, podría decirse que, en muchos casos, el cáncer de mama se ha convertido en una enfermedad de carácter crónico, lo que ha supuesto que surjan nuevos problemas relativos a la denominada fase de «atención continua», en la que toman importancia otros síntomas relacionados con la enfermedad en sí misma (linfedema, fatiga, etc.), pero también otros problemas de tipo psicosocial (ansiedad, estado de ánimo negativo, problemas de autoimagen, etc.) que pueden afectar a la calidad de vida de estas personas incluso años después de haber terminado el tratamiento oncológico (Deshpande, Sefko, Jeffe y Schootman, 2011).

La calidad de vida (CV) es un concepto muy amplio y complejo que se divide en distintas dimensiones más específicas como son la física, la funcional o de rol, la cognitiva, la emocional y la social (Aaronson et al., 1993), que, a su vez, está mediada por factores relativos a la salud, pero también por factores sociodemográficos y psicológicos. Existe una gran tradición en el estudio de la CV en cáncer y, en concreto, en mujeres con cáncer de mama que, en líneas generales, atestiguan que ésta se encuentra bastante deteriorada, especialmente en su dimensión de funcionamiento de rol, así como, lógicamente, en sus dimensiones física y emocional (Rohani, Abedi, Omranipour y Langius-Eklöf, 2015; Hatam, Ahmadloo, Kia Daliri, Bastani y Askarian, 2011; Montazeri et al., 2008), presentando una alta incertidumbre respecto a su futuro, alteraciones relativas a su imagen corporal y una elevada comorbilidad con otros problemas psicológicos, como la depresión, por ejemplo, cuya tasa de incidencia es superior a la de la población general (Cano, 2005).

No obstante, la relación entre cáncer de mama y CV no es tan sencilla, puesto que se ha constatado la existencia tanto de factores de vulnerabilidad como de protección que pueden amortiguar o amplificar el impacto de esta enfermedad en la CV. Entre las variables sociodemográficas, parece que la edad tiene un papel relevante, de manera que, cuando el diagnóstico del cáncer de mama tiene lugar en mujeres jóvenes (menores de 50 años), el impacto en la CV es mayor (King, Kenny y Shiell, 2000; Wenzel, Fairclough y Brady, 1999). Por el contrario, en cuanto a las variables relativas a la enfermedad y al proceso terapéutico, parece que ni el nivel de gravedad del cáncer –estadio I vs. estadio II–, ni el tipo de cirugía –masectomía vs. cuadrantectomía–, ni de tratamiento aplicado –hormonoterapia vs. quimioterapia– tenían un papel relevante en la explicación de una mejor o peor CV (Brunault et al., 2015).

En cambio, la literatura científica de manera consistente sí que ha identificado la existencia de una serie de variables mediadoras –las estrategias de afrontamiento– en la relación entre el cáncer y la CV. Así, en líneas generales, parece que el uso de estrategias de tipo evitativo para manejar la enfermedad suponen un deterioro de la CV de estas personas (Hopman y Rijken, 2015; Becerra y Otero, 2014; Mera y Ortiz, 2012). Brunault et al. (2015) encontraron que puntuaciones bajas en CV estaban más asociadas con variables psicológicas individuales premórbidas –niveles de ansiedad y depresión, personalidad y tipo de afrontamiento, que con variables asociadas con la enfermedad –tipo de tratamiento, estadio de la enfermedad–.

En consecuencia, no es extraño que se dediquen esfuerzos al estudio del papel de las estrategias de afrontamiento para manejar y regular las emociones

negativas, así como la adaptación a la enfermedad y analizar el impacto que todo ello tiene en la CV de los pacientes con cáncer.

A la luz de lo expuesto, parece que algunas de estas mujeres, aquellas con peor CV y/o sintomatología psicológica relevante, podrían beneficiarse de tratamientos psicológicos eficaces y efectivos dirigidos a reducir dicho malestar psicológico y a mejorar su CV a través del desarrollo de unas estrategias de afrontamiento y de regulación emocional más eficaces. En esta línea, Moorey y Greer (1989) hace casi treinta años desarrollaron la denominada Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) que parte de la premisa de que el cáncer es un suceso vital estresante y se dirige, por tanto, a personas con problemas oncológicos con el objetivo de (1) mejorar la adaptación de estas personas a esta situación estresante, prevenir y, en su caso, tratar la sintomatología psicológica asociada, (2) satisfacer las necesidades de comunicación de preocupaciones y temores que no se atreven a comentar con sus allegados, (3) facilitar una comunicación saludable con sus allegados, y (4) mejorar la CV de la persona. La TPA no es en realidad una innovación terapéutica, sino una adaptación de la terapia cognitiva de Beck para reducir el malestar asociado al cáncer. Así, la TPA es una intervención de carácter individual y flexible que se va adaptando a las necesidades de cada paciente, estructurada en tres fases –(1) fase inicial, en la que se trabaja el alivio de síntomas, la activación conductual, la expresión emocional y se enseña el modelo ABC de la emoción, (2) fase intermedia, dirigida a entrenar la identificación y el manejo de los pensamientos negativos, así como a solucionar los problemas, y (3) fase final, que se centra en el trabajo cognitivo de los supuestos y creencias, la planificación del futuro y la prevención de recaídas–. Este tratamiento está concebido para que su duración sea relativamente breve, habitualmente oscila entre 4 y 12 sesiones de media de carácter semanal, y ha mostrado índices adecuados de eficacia.

En definitiva, la terapia cognitivo-conductual parece prometedora en términos de eficacia en diversos estudios y metaanálisis (González, González y Estrada, 2015; Yang et al., 2014). El presente estudio pretende examinar la efectividad de un tratamiento protocolizado cognitivo-conductual (basado en la TPA) aplicado de manera individualizada y en un contexto clínico real (hospitalario) a un grupo de pacientes con cáncer de mama. Se espera que este tratamiento suponga un desarrollo de unas estrategias de afrontamiento a la situación más adaptativas lo que debería traducirse, en el postratamiento, en una reducción significativa de los niveles de ansiedad, depresión e ira, así como en un aumento también significativo de la CV de estas pacientes.

## MÉTODO

### *Participantes*

En relación con el objetivo planteado, se establecieron a priori una serie de criterios de inclusión que fueron los siguientes: tener diagnóstico médico de cáncer de mama en cualquiera de sus fases, tener 18 o más años, y haber recibido una intervención psicológica completa siguiendo un determinado protocolo de evaluación e intervención que se detallará más adelante, contando así con una fase de evaluación pretratamiento, de intervención y de evaluación postratamiento de cada participante.

Así, del grupo inicial de 49 pacientes oncológicos que acudieron al servicio de atención psicológica individual desarrollado en el Hospital Universitario Puerta de Hierro en colaboración con la Universidad Camilo José Cela, se excluyeron 42 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión anteriormente descritos. En consecuencia, el grupo final de este estudio quedó reducido a 7 mujeres con cáncer de mama, cuyas características sociodemográficas pueden consultarse en la tabla 1. Como puede verse, todas eran mujeres y su rango de edad oscilaba entre 40 y 60 años ( $M=50,71$ ;  $DT=7,80$ ), todas estaban casadas o conviviendo con pareja estable, y algo más de la mitad tenía estudios superiores (57,10%;  $n=4$ ).

Tabla 1. *Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra*

	<b>PARTICIPANTES <math>n=7</math></b>
<b>EDAD (AÑOS): <math>n</math> (<math>M \pm DT</math>)</b>	7 (50,70 $\pm$ 7,90)
<b>ESTADO CIVIL: <math>n</math> (%)</b>	
Casado	7 (100,00)
<b>NIVEL DE ESTUDIOS: <math>n</math> (%)</b>	
Estudios obligatorios (primaria, EGB o similar)	3 (42,90)
Estudios superiores (bachillerato, técnicos o universitarios)	4 (57,10)
<b>Nº DE DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER [<math>n</math> (<math>M \pm DT</math>)]</b>	7 (1,10 $\pm$ 0,40)
<b>DURACIÓN, EN MESES [<math>n</math> (<math>M \pm DT</math>)]</b>	4 (4,00 $\pm$ 1,80)
<b>METÁSTASIS [<math>n</math> (%)]</b>	
No	5 (71,40)
NS/NC	2 (28,60)
<b>FASE DE LA ENFERMEDAD [<math>n</math> (%)]</b>	
Tratamiento	3 (42,90)
Recuperación	4 (57,10)

En cuanto a las características de la enfermedad (ver tabla 1), la duración media de la ésta era de cuatro meses ( $DT=1,80$ ), la mayoría no presentaba metástasis (71,4%;  $n=5$ ) y, en el momento de realizar la evaluación pretratamiento, se encontraban o bien recibiendo algún tipo de tratamiento médico como radioterapia o quimioterapia (42,9%;  $n=3$ ) o en fase de recuperación y revisiones médicas (57,1%;  $n=4$ ).

## Medidas

*Calidad de vida:* Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer –EORTC QLQ-C30– versión 3.0 (Arraras et al., 2002). El cuestionario se compone de 30 ítems de tipo *Likert* que evalúan cinco áreas de funcionamiento relativas a la CV en personas con problemas oncológicos: funcionamiento físico (grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos), funcionamiento de rol (grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento y el tipo de actividades), funcionamiento emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias), funcionamiento cognitivo (grado en que los problemas cognitivos interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias) y funcionamiento social (grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual). Este cuestionario ha mostrado adecuados índices de validez y fiabilidad (Arraras et al., 2002).

*Ansiedad:* Escala de Ansiedad en Pacientes Hospitalarios –HADS-A– (Zigmond y Snaith, 1983) en la adaptación española (Tejero, Guimerá y Farré, 1986). Esta escala se compone de 7 ítems que tratan de cuantificar el nivel de ansiedad y se ha diseñado de manera específica para aquellas personas que presentan un problema crónico o grave de salud y/o que se encuentran en el contexto hospitalario. El HADS-A ha presentado adecuados índices psicométricos en cuanto a su fiabilidad y validez.

*Depresión:* Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) en una versión breve desarrollada por Sanz, García-Vera, Fortún y Espinosa (2005) a partir de la adaptación española del BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011, adaptación de J. Sanz y C. Vázquez). El BDI-II Breve es un instrumento de autoinforme compuesto por 11 ítems cuyo objetivo es identificar y cuantificar la gravedad de la sintomatología depresiva en relación con los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos que propone el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La versión breve del BDI-II presenta índices adecuados de fiabilidad y consistencia interna.

*Facetas de la ira*: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo 2 (STAXI-2) de Spielberger (1999), en su adaptación española (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Spielberger, 2001). El STAXI-2 es un instrumento de autoinforme de 49 ítems de tipo Likert, que, con adecuados índices de fiabilidad y validez, mide diferentes aspectos del constructo de ira. Para este estudio, se utilizaron las escalas de ira rasgo, expresión externa e interna de la ira y control externo e interno de la ira.

*Afrontamiento*: Escala de Estilos de Afrontamiento –COPE– (Carver et al., 1989), en la adaptación española de Crespo y Cruzado (1997). El COPE consta de 60 ítems que, a través de una escala de tipo *Likert* de cuatro puntos, trata de cuantificar la frecuencia con la que la persona pone en marcha una serie de estrategias para manejar los problemas o dificultades de su vida cotidiana. Se pueden dividir las estrategias entre más adaptativas (aceptación, afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo instrumental, concentrarse en emociones, humor, planificación, reinterpretación positiva, religión) o desadaptativas (refrenar emoción, drogas, negación, desconexión conductual, desconexión mental y supresión actividades).

Finalmente, indicar que se tuvieron en cuenta una serie de variables de control indicadas en la tabla 1, que se evaluaron a través de una entrevista clínica semiestructurada para pacientes oncológicos elaborada *ad hoc*, en base a la propuesta de Cruzado (2010). Esta entrevista se dirigía a la evaluación de la problemática actual en términos del triple sistema de respuesta, la recogida de información de los aspectos relativos a la enfermedad, del tratamiento y del contexto médico, así como a los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad.

## ***Procedimiento***

Para desarrollar este estudio, inicialmente, se administró un consentimiento informado, seguido de una evaluación pretratamiento que se iniciaba con la entrevista clínica descrita en el apartado anterior y una serie de cuestionarios psicológicos siempre en el mismo orden (HADS-A, STAXI 2, COPE, BDI-II Breve, y EORTC-QLQ 30), también indicados más arriba.

Tras esta evaluación pretratamiento, se iniciaba un programa de tratamiento psicológico, que presentaba un carácter flexible, puesto que se adaptaba a las necesidades específicas de cada paciente. En la tabla 2 pueden consultarse las características de esta intervención en cuanto a las técnicas empleadas y las sesiones. Como puede verse, la evaluación de pretratamiento duraba una media de unas dos sesiones ( $M=2,40$ ;  $DT=0,50$ ) y las pacientes recibieron una media de 10

sesiones de tratamiento ( $M=9,50$ ;  $DT=4,30$ ). La intervención psicológica se componía de los siguientes módulos: un módulo de desactivación fisiológica, incluyendo respiración abdominal, relajación muscular progresiva o relajación autógena. Un módulo de activación conductual y focalización en lo positivo con psicoeducación, programación de actividades agradables, reestructuración cognitiva y focalización en lo positivo. Un módulo de manejo de preocupaciones y rumiaciones incluyendo estrategias de parada de pensamiento y exposición con tiempo basura. Un módulo de manejo de pensamientos negativos y creencias disfuncionales utilizando técnicas de reestructuración cognitiva. También un módulo para mejorar autoestima y autoconcepto. Tres módulos de manejo de estrés trabajando las habilidades sociales, mejora de la asertividad y entrenamiento en solución de problemas. Por último, el tratamiento incluía prevención de recaídas y mantenimiento de logros (ver tabla 2).

Tabla 2. Descripción del programa de tratamiento en cuanto a las sesiones y a las técnicas

	PARTICIPANTES $n=7$
Nº SESIONES PRETRATAMIENTO [ $n (M \pm DT)$ ]	7 (2,40 $\pm$ 0,50)
Nº SESIONES TRATAMIENTO [ $n (M \pm DT)$ ]	7 (9,50 $\pm$ 4,30)
Nº SEGUIMIENTOS [ $n (M \pm DT)$ ]	1 (0,30 $\pm$ 0,50)
<b>TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN [<math>n</math> (%)]</b>	
Psicoeducación	7 (100,00)
Respiración abdominal	7 (100,00)
Relajación muscular progresiva	7 (100,00)
Relajación autógena	5 (71,40)
Autoinstrucciones positivas	1 (14,30)
Exposición o desensibilización sistemática	2 (28,60)
Planificación conductual y focalización en lo positivo	2 (28,60)
Activación conductual	6 (85,70)
Parada de pensamiento + actividades distractoras	3 (49,20)
Reestructuración cognitiva	3 (49,20)
Regulación emocional	6 (85,70)
Autoestima	1 (14,30)
Solución de problemas	4 (57,10)
Habilidades sociales	2 (28,60)
Técnica asertivas	3 (42,90)
Técnicas de la terapia de aceptación y compromiso	2 (28,60)
Prevención de recaídas	7 (100,00)



Y finalmente se realizó evaluación postratamiento compuesta por los mismos instrumentos que la evaluación pretratamiento.

### *Análisis de datos*

Para analizar las diferencias entre las medidas pretratamiento y las medidas postratamiento, dado el tamaño muestral de este trabajo, se utilizó la prueba no paramétrica de *Wilcoxon* de medidas repetidas para dos muestras relacionadas para diferencia de medias en dos momentos diferentes (pretratamiento y postratamiento). Asimismo, se calculó el tamaño del efecto con la fórmula propuesta por Cohen (d) para análisis no paramétricos, utilizando los criterios de Cohen (1988) que definen que la magnitud de la diferencia pequeña (0,10), mediana (0,30) y grande (0,50).

## RESULTADOS

### *Efectividad del tratamiento psicológico en medidas de afrontamiento*

Respecto a la mejora de las estrategias de afrontamiento adaptativas y la disminución del uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como puede verse en la tabla 3, únicamente se encontró una disminución estadísticamente significativa en la escala de refrenar emoción ( $z=-2,06$ ,  $p=0,03$ ) con una magnitud del efecto grande ( $r=0,55$ ), según los criterios de Cohen (1988) y un aumento casi significativo junto con un tamaño del efecto moderado-grande en la escala adaptativa de reinterpretación positiva ( $z=-1,80$ ,  $p=0,07$ ;  $r=0,48$ ). Sin embargo, no se encontraron cambios estadísticamente significativos ( $p>0,05$ ) en el resto de las escalas de afrontamiento que se incluyen en el COPE (ver tabla 3). No obstante, el valor del tamaño del efecto en la variable de reinterpretación positiva ( $r=0,48$ ) indicó una magnitud media-grande, en relación con los valores de Cohen (1988), lo que podría indicar un problema de potencia estadística (ver tabla 3).

Tabla 3. *Medias en los niveles de estrategias de afrontamiento antes del tratamiento y después del tratamiento y resultados del cambio en estas variables.*

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (COPE)	MOMENTO DE MEDIDA		PRUEBA DE WILCOXON		TAMAÑO DEL EFECTO ( <i>r</i> )
	PRETRATAMIENTO ( <i>M ± DT</i> )	POSTRATAMIENTO ( <i>M ± DT</i> )	<i>z</i>	<i>p</i>	
Aceptación	11,85 ± 2,73	12 ± 2,71	-0,53	0,59	0,14
Afrontamiento activo	10,85 ± 2,27	10,28 ± 2,93	-0,43	0,67	0,11
Apoyo emocional	12,28 ± 4,08	12,28 ± 1,38	-0,53	0,59	0,14
Apoyo instrumental	10,42 ± 4,12	11,28 ± 3,15	-0,58	0,58	0,14
Refrenar emoción	9,28 ± 1,89	7,28 ± 2,81	-2,06	<b>0,04</b>	<b>0,55</b>
Desconexión conductual	5,51 ± 1,60	5,57 ± 1,27	-0,38	0,71	0,10
Desconexión mental	8,85 ± 2,19	8,42 ± 3,82	-0,55	0,58	0,14
Drogas	4,14 ± 0,38	4,00 ± 0,00	-1,00	0,32	0,26
Concentrarse en emociones	10,14 ± 3,50	7,28 ± 2,75	-1,26	0,21	0,33
Humor	5,14 ± 1,95	6,00 ± 1,91	-1,07	0,29	0,28
Negación	6,00 ± 1,73	5,85 ± 2,34	-0,38	0,71	0,10
Planificación	8,42 ± 2,63	10,14 ± 3,53	-0,94	0,34	0,25
Reinterpretación positiva	11,14 ± 2,54	13,28 ± 1,70	-1,80	0,07	<b>0,48</b>
Religión	10,00 ± 4,76	10,14 ± 4,85	-0,58	0,56	0,15
Supresión de actividades	8,85 ± 1,86	7,57 ± 1,99	-1,22	0,22	0,32

### *Efectividad del tratamiento psicológico en medidas de ansiedad, depresión e ira*

En relación con el objetivo planteado respecto a la modificación de la sintomatología de ansiedad y de depresión y a las facetas de la ira tras la aplicación del tratamiento, como puede verse en la tabla 4, se encontraron cambios significativos importantes en la dirección esperada en las tres emociones negativas básicas.

En concreto, hubo reducciones estadísticamente significativas tanto en la sintomatología de ansiedad ( $z=-2,37$ ,  $p=0,02$ ) como en la de depresión ( $z=-2,37$ ,  $p=0,02$ ) tras el tratamiento. Diferencias que fueron de magnitud grande ( $r=0,63$  y  $0,63$ , respectivamente) en relación con los tamaños del efecto que Cohen (1988) propone (ver la tabla 4).

Tabla 4. *Medias en los niveles de ansiedad, depresión e ira antes del tratamiento y después del tratamiento y resultados del cambio en estas variables.*

VARIABLES	MOMENTO DE MEDIDA		PRUEBA DE WILCOXON		TAMAÑO DEL EFECTO ( <i>r</i> )
	PRETRATAMIENTO ( <i>M ± DT</i> )	POSTRATAMIENTO ( <i>M ± DT</i> )	<i>z</i>	<i>p</i>	
Ansiedad (HADS-A)	9,43 ± 5,16	3,71 ± 1,50	-2,37	<b>0,02</b>	<b>0,63</b>
Depresión (BDI-II)	10,43 ± 5,97	2,85 ± 2,19	-2,37	<b>0,02</b>	<b>0,63</b>
Ira (STAXI 2)					
Ira Rasgo	9,57 ± 2,23	6,85 ± 2,85	-2,21	<b>0,03</b>	<b>0,59</b>
Expresión Externa	11,57 ± 1,90	9,57 ± 2,23	-,1,80	0,07	<b>0,48</b>
Expresión Interna	10,00 ± 2,52	9,85 ± 2,23	-0,43	0,67	0,11
Control Externo	13,42 ± 3,41	16,85 ± 4,33	-1,58	0,12	<b>0,42</b>
Control Interno	12,43 ± 3,31	17,00 ± 2,94	-2,21	<b>0,03</b>	<b>0,59</b>

En relación con las facetas de la ira, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de rasgo de ira ( $z=-2,21$ ,  $p=0,03$ ) y un aumento en los niveles de control interno de la ira ( $z=-2,21$ ,  $p=0,03$ ) tras el tratamiento. Estos cambios, en relación con los valores de Cohen (1988), fueron de magnitud grande tanto para la ira como rasgo ( $r=0,63$ ) como para el control interno de la ira ( $r=0,59$ ). En cuanto a la expresión externa de la ira, se encontró una tendencia en la dirección esperada aunque no superó el criterio estándar de 0,05, es decir, las mujeres de este estudio tendieron a mostrar niveles más bajos de expresión externa de la ira tras el tratamiento ( $z=-1,80$ ,  $p=0,07$ ). Es importante señalar que la magnitud del cambio fue grande ( $r=0,48$ ) en relación con los valores de Cohen (1988), lo cual podría estar indicando un problema de potencia estadística (ver tabla 4).

Por el contrario, como puede verse en la tabla 4, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento ni en la expresión interna de la ira ni en el control externo de la ira. No obstante, de nuevo, es destacable que el valor del tamaño del efecto en la variable de control externo de la ira ( $r=0,42$ ) indicó una magnitud media-grande, en relación con los valores de Cohen (1988), lo que podría indicar un problema de potencia estadística.

## Efectividad del tratamiento psicológico en medidas de calidad de vida

En relación a la mejora de las facetas de CV tras la aplicación del tratamiento, como puede verse en la tabla 5, se encontraron cambios significativos importantes en la dirección esperada en dos de las cinco escalas.

Específicamente, las mujeres con cáncer de mama tras recibir tratamiento psicológico mostraron un aumento estadísticamente significativo en la escala emocional ( $z=-2,03$ ,  $p=0,04$ ) con un tamaño del efecto grande ( $r=0,54$ ), según los criterios de Cohen (1988). Así como un aumento en la escala de rol después de la participación en el tratamiento ( $z=-1,89$ ,  $p=0,05$ ) con un cambio de una magnitud media-grande ( $r=0,48$ ), según los criterios de Cohen (1988).

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las escalas, aunque sí se observaron aumentos en tres de ellas, que, aunque no superaron el criterio estándar de 0,05, mostraron valores relevantes en cuanto al tamaño del efecto. En concreto, en la escala física ( $z=-1,63$ ,  $p=0,10$ ) con una magnitud del efecto grande ( $r=0,43$ ), según los criterios de Cohen (1988), y en la escala cognitiva ( $z=-1,30$ ,  $p=0,19$ ), cuya magnitud de la diferencia en relación con el tamaño del efecto encontrado fue mediana ( $r=0,34$ ), según los criterios de Cohen (1988). Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en la escala social ( $z=-0,95$ ,  $p=0,34$ ), ni en la escala global ( $z=0,00$ ,  $p=1,00$ ) tras el tratamiento (ver tabla 5)

Tabla 5. Medias en los niveles de calidad de vida antes del tratamiento y después del tratamiento y resultados del cambio en estas variables.

CALIDAD DE VIDA (EORTC QLQ-30)	MOMENTO DE MEDIDA		PRUEBA DE WILCOXON		TAMAÑO DEL EFECTO ( <i>r</i> )
	PRETRATAMIENTO ( <i>M</i> ± <i>DT</i> )	POSTRATAMIENTO ( <i>M</i> ± <i>DT</i> )	<i>z</i>	<i>p</i>	
<b>CV GLOBAL</b>	53,57 ± 17,90	53,57 ± 17,90	0,00	1,00	0,00
Escala física	70,47 ± 21,03	83,80 ± 17,99	-1,63	0,10	<b>0,43</b>
Escala emocional	55,95 ± 14,20	78,97 ± 8,13	-2,03	<b>0,04</b>	<b>0,54</b>
Escala de rol	54,76 ± 29,99	80,95 ± 24,40	-1,89	<b>0,05</b>	<b>0,48</b>
Escala cognitiva	71,42 ± 23,00	80,95 ± 14,99	1,30	0,19	<b>0,34</b>
Escala social	52,38 ± 33,92	71,42 ± 32,93	-0,95	0,34	0,25

## DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue examinar la efectividad de un tratamiento protocolizado cognitivo-conductual (derivado de las propuestas de la Terapia Psicológica Adyuvante) con una muestra no controlada de pacientes con cáncer de mama, en contexto clínico real, para mejorar, por un lado, las estrategias de afrontamiento como variables mediadoras y, por otro lado, reducir el malestar emocional (ansiedad, estado de ánimo negativo e ira), y, así, contribuir, en definitiva a un aumento en la calidad de vida de estas pacientes.

En este sentido, en relación con las habilidades de afrontamiento, los resultados mostraron que, tras el tratamiento, concretamente se redujo la frecuencia de aplicación de la estrategia de refrenar emoción para enfrentarse a los problemas cotidianos, es decir, estas pacientes, tras el tratamiento eran capaces de expresar sus emociones de forma más adaptativa y no reprimirlas. En cuanto a las estrategias de afrontamiento más evitativas, específicamente supresión de actividades, aun no siendo significativa, tenía un tamaño del efecto medio, indicando una tendencia a que tras el tratamiento estas pacientes redujeron este estilo de afrontamiento. Este es un hecho importante ya que los estudios mencionados en apartados anteriores sobre afrontamiento parecían demostrar que el uso de la estrategia de afrontamiento de evitación empeoraría la calidad de vida de los pacientes (Hopman y Rijken, 2015; Becerra y Otero, 2014; Mera y Ortiz, 2012), así como en cuanto a las estrategias de refrenar emoción y concentrarse en las emociones y desahogarse, su importancia también vendría marcada por las conclusiones de Pennebaker (1993), quien ya apuntó la importancia de la inhibición emocional y sus aparentes consecuencias negativas. Sin embargo, no se observaron cambios en el resto de estrategias de afrontamiento tras el tratamiento a pesar de aparecer cambios en los niveles de la mayoría de las estrategias como por ejemplo un ligero aumento de la reinterpretación positiva. Una posible explicación de la ausencia de cambios significativos en el resto de variables podría explicarse por el hecho de que quizá las pacientes presentaron niveles adecuados en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas antes del tratamiento. Mientras que las estrategias de afrontamiento emocionales, concretamente todas aquellas relacionadas con la represión emocional, pudieran estar afectadas en estas pacientes oncológicas, beneficiándose más del tratamiento. Tomando los resultados con mucha cautela, podríamos pensar que el tratamiento cognitivo-conductual parece estar teniendo algún efecto sobre la represión emocional modificándola hacia una expresión más funcional de las emociones.

En cuanto a la sintomatología vinculada a las emociones negativas, en líneas generales, puede decirse que los resultados encontrados han ido en la dirección esperada en cuanto a los niveles de ansiedad, depresión y algunas de las facetas de la ira disfuncional. Estos resultados son coherentes con estudios sobre la eficacia de la TPA en sintomatología de ansiedad y de depresión en pacientes con cáncer, los cuales han encontrado que el tratamiento psicológico basado en técnicas cognitivo-conductuales o la TPA para pacientes con cáncer contribuye indiscutiblemente a mejorar la sintomatología de ansiedad y del estado de ánimo negativo, tal y como se ha corroborado empíricamente (González et al., 2015; Yang et al., 2014; Moorey et al., 1998). En cuanto a la ira disfuncional, los resultados de este estudio han mostrado algunas reducciones significativas en algunas de sus dimensiones, concretamente en los niveles de ira rasgo, así como un aumento significativo de las estrategias de control interno de la ira, siendo estos resultados aún más importantes si se tiene en cuenta que los cambios entre el pretratamiento y el posttratamiento han mostrado magnitudes grandes en relación con los valores del tamaño del efecto que propone Cohen (1988). Es decir, parece que estas pacientes, tras el tratamiento psicológico mostraron cambios en forma de reducción de la percepción subjetiva de diversas situaciones como molestas o frustrantes (ira rasgo), así como obtuvieron más estrategias de autocontrol y autorregulación de la emoción de ira, lo que les permitiría calmarse con mayor éxito y, consecuentemente, expresar su ira de manera más adaptativa. Este manejo más funcional de la ira, junto con la reducción significativa de los niveles de la ira rasgo y de la sintomatología ansiosa y depresiva estaría coincidiendo plenamente con el primer objetivo que se plantea en la TPA de Moorey y Greer (1989).

En último término, en cuanto a la calidad de vida, únicamente se observaron mejoras significativas en la dimensión de funcionamiento de rol y la emocional, mientras que no hubo cambios en el resto de dimensiones (cognitiva, social y física) y, por tanto, en la global no superaron el criterio mínimo de significación estadística ( $p < 0,05$ ). A pesar de ello, nuestros resultados parecen estar en la línea con diversos estudios (Rohani et al., 2015; Hatam et al., 2011; Montazeri et al., 2008). Es decir, estas pacientes tras el tratamiento mostraron mejor adaptación tanto emocional como física en las actividades de la vida cotidiana y el trabajo.

A pesar de estos resultados, el presente estudio tiene dos importantes limitaciones. La primera se refiere claramente al tamaño muestral, que es claramente pequeño ( $n=7$ ) especialmente motivado por las altas tasas de abandono asociadas al alta médica, y, la segunda, se refiere al hecho muy importante de no haber podido contar con un grupo control. Por último, una última limitación del presente estudio derivada del hecho de que se trata de intervenciones desarrolladas en un

contexto clínico real, se referiría a la dificultad de homogenización, tanto de las técnicas utilizadas, como del control de algunas variables de la muestra o incluso de otras variables de la intervención como el terapeuta.

No obstante, todas las limitaciones que se acaban de comentar, no son más que propuestas o líneas de investigación futuras, con tamaños de muestra más grandes, de forma que los resultados obtenidos se puedan presentar de forma más contundente. En segundo lugar, podría ser interesante sistematizar o delimitar más el protocolo de intervención, de manera que, aunque se respete el carácter individualizado de la intervención en práctica clínica, no se encuentre tanta variabilidad en el uso de técnicas, lo que facilitaría la comparación de los resultados. En tercer lugar, se deberían incorporar seguimientos posteriores para poder determinar que estos cambios se mantienen a lo largo del tiempo. Por último, resulta relevante la inclusión de algún tipo de grupo control, concretamente de un grupo control de lista de espera, que permitiera comparar los índices de eficacia y eficiencia de las intervenciones psicológicas.

En conclusión, este estudio indicaría importantes beneficios sobre la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama tras un tratamiento cognitivo-conductual, mostrando importantes reducciones de emociones negativas como la ira, ansiedad y depresión, así como un afrontamiento más adaptativo de la enfermedad. Todo ello apuntaría en la necesidad de seguir desarrollando tratamientos psicológicos eficaces específicos para aquellas personas que padecen este tipo de neoplasias.

## REFERENCIAS

- Aaronson, N. K., Admedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of The National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>o</sup> ed.). Washington, DC. Traducción española en: Masson 1996.
- Antoñanzas, F., Oliva, J., Velasco, M., Zozaya, N., Lorente, R., y López-Bastida, J. (2006). Costes directos e indirectos del cáncer en España. *Cuadernos Económicos del ICE*, 72, 282-309.
- Arraras, J. L., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., ... Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 30) quality of life questionnaire. Validation study

- for Spain with head and neck cancer patients. *Psychological Oncology*, 11, 249-256.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Manual*. Madrid: Pearson.
- Becerra Loayza, I., y Otero Franciere, S. (2014). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Doctorando. Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Brunault, P., Champagne, A.-L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J.-L., ..., y Camus, V. (2015). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24, Page n/a. doi: 10.1002/pon.3947.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Carver, C., Charles, S., Scheier, M., Michael, F., Weintraub, y Jagdish, K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-238.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Erlbaum.
- Crespo, M., y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Deshpande, A. D., Sefko, J. A., Jeffe, D. B., y Schootman, M. (2011). The association between chronic disease burden and quality of life among breast cancer survivors in Missouri. *Breast Cancer Research and Treatment*, 129(3), 877-886.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J.W., ..., y Bray, F. (2013) Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49(6), 1374-403.
- González García, A., González Hurtado, A., y Estrada Aranda, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140



- Hatam, N., Ahmadloo, N., Kia Daliri, A., Bastani, P., y Askarian M. (2011) Quality of life and toxicity in breast cancer patients using adjuvant TAC (docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamid), in comparison with FAC (doxorubicin, cyclophosphamide, 5-fluorouracil). *Archives of Gynaecology Obstetrics*, 284, 215-20.
- Hopman, P., y Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18.
- King, M. T., Kenny, P., y Shiell, A. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9, 789-800.
- López-Bastida, J., Serrano-Aguilar, P., y Duque-González, B. (2003). Los costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998. *Gaceta Sanitaria*, 17(3), 210-217.
- Mera, P., y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I., y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, STAXI 2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., y Jarvandi, S. (2008) Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *British Medical Journal of Cancer*, 8, 330.
- Moorey, S., y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New approach*. Oxford: Heinemann.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., y Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 218-228.
- Pennebaker, J. W. (1993). *Social mechanism of constraint, in Handbook of Mental Control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rohani, C., Abedi, H. A., Omranipour, R., y Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 40.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Fortún, M., y Espinosa, R. (2005, julio). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para*

- la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación ora presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires (Argentina), 2005, 1-2 de julio de 2005.
- Spielberger, C. D. (1999). *Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., y Farré, J.M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., y Brady, M. J. (1999). Age related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86, 1768-1774.
- Yang, Y. L., Sui, G. Y., Liu, G. C., Huang, D. S., Wang, S. M., y Wang, L. (2014). The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a meta-analysis of randomized controlled studies. *British Medical Journal of Cancer*, 15, 14-956.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-370.