



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**“EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL MANEJO
DE LA DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMAS”**

POR:

LOURDES MARLENYS TEJEDOR PEREIRA

Tesis para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica

Santiago de Veraguas

2016

Diego Antonio

21 NOV 2016

57

DEDICATORIA
A las "Vencedoras"

AGRADECIMIENTO

A mis padres a quienes les debo todo lo que soy y los valores morales que rigen mi vida, a mi hijo y pareja por su paciencia. Mi eterno agradecimiento a las “Vencedoras” que hicieron realidad este programa. De igual modo, a la Unidad de Soportes Médicos y Cuidados Paliativos de A N C E C, sede de Veraguas y, finalmente, al Centro Regional Universitario de Veraguas, de la Universidad de Panamá, por su apoyo con las instalaciones brindadas durante el proceso terapéutico

Lourdes

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	viii
INDICE DE CUADROS	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL	
1 Justificación	2
2 Planteamiento del problema	3
3 Objetivos generales	3
3 1 Objetivos específicos	3
4 Escenario	3
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
1 Antecedentes	7
2 Cáncer	23
2 1 Cáncer de mamas	24
2 2 Epidemiología del cáncer de mamas	25
2 3 Causas y otros factores de riesgos del cáncer de mamas	25
2 4 Otros factores de riesgos	27
2 5 Síntomas asociados al cancer de mamas	28
2 6 Trastorno de ansiedad por enfermedad	29
2 6 1 Síntomas	29
2 6 2 Tipos de ansiedad más frecuentes en oncología	31
3 Depresión	32
3 1 Definición de la depresión	32
3 2 Origen de la enfermedad de la depresión	33
3 3 Síntomas característicos de la depresión	36

4	Calidad de vida	38
4 1	Evolución del concepto de calidad de vida y dimensiones que la constituyen	38
4 1 1	Dimensiones de la calidad de vida	40
4 1 1 1	Dimensión psicológica	40
4 1 1 2	Dimensión social	41
4 1 1 3	Dimensión ocupacional	42
4 1 1 4	Dimensión física	42
4 2	Calidad de vida en cáncer	43
5	Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión en pacientes con cáncer de mamas	44
5 1	Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión Aumento de las actividades agradables y disminución de las desagradables	44
5 1 1	Terapia de habilidades sociales	44
5 1 2	Terapia de autocontrol .	45
5 1 3	Terapia marital familiar	45
5 1 3 1	La terapia cognitivo-conductual de la pareja	46
5 2	El curso de afrontamiento de la depresión (CAD)	47
5 3	Terapia cognitiva de la depresión	51
5 3 1	Las distorsiones cognitivas	52
6	Situaciones que se presentan antes de la terminación de la terapia	54
6 1	La preocupación del paciente respecto a no está “completamente curado”	54
6 2	La preocupación del paciente respecto a volver a recaer y experimentar de nuevo el problema	54
6 3	Terminación prematura de la terapia	55
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO		
1	Tipo y diseño general del estudio	58
2	Hipótesis	58
3	Variables	59
4	Población y muestra	61

5	Técnicas e instrumentos	63
5 1	Entrevista clínica	63
5 2	Inventario de depresión de Beck (BDI)	63
5 3	Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde	64
5 4	Cuestionario sobre calidad de vida Satisfacción y placer (Q-LES-Q)	66
6	Análisis estadístico utilizado	67
7	Procedimiento de investigación	67
8	Método de intervención	68
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
1	Resultados	83
2	Discusión	100
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
1	Conclusiones	105
2	Recomendaciones	107
BIBLIOGRAFÍA		109
ANEXOS		114

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla No 1 Implicaciones de la psiconeuroinmunología en la aparición y desarrollo de distintos tipos de tumor	34
Tabla No 2 Efectos de las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés sobre el curso de la enfermedad neoplásica	35
Tabla No 3 Dimensiones de la calidad de vida	40
Tabla No 4 Registro de pensamientos automáticos	48
Tabla No 5 Registro de pensamientos disfuncionales	48
Tabla No 6 Modelo cognitivo de la depresión en las personas con este estado	52

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfica No 1 Medias obtenidas del grupo de investigación en la escala de autoevaluación para la depresión de Zung y Conde en pretest, postest y retest Puntuaciones originales	85
Gráfica No 2 Medias obtenidas del grupo de investigación en el inventario de depresión de Beck (BDI) en el pretest, postest y retest Puntuaciones originales	87
Gráfica No 3 Medias obtenidas del grupo de investigación en el cuestionario de calidad de vida Satisfacción y placer (Q-LES-Q) en pretest, postest y retest Puntuaciones originales	89

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág	
Cuadro No 1	Características generales del grupo de investigación	83
Cuadro No 2	Puntuaciones originales obtenidas en la escala de autoevaluación para la depresión de Zung y Conde Pretest, postest y retest	84
Cuadro No 3	Puntuaciones originales obtenidas en el inventario de depresión de Beck Pretest, postest y retest	86
Cuadro No 4	Puntuaciones originales obtenidas en el cuestionario de calidad de vida Satisfacción y placer (Q-LES-Q) Pretest, postest y retest	88
Cuadro No 5	Puntuaciones originales y transformadas de cada uno de los instrumentos aplicados Pretest, postest y retest	90
Cuadro No 6	Prueba t para medidas dependientes escala de auto- evaluación Zung y Conde Pretest, postest	91
Cuadro No 7	Prueba t para medidas dependientes escala de auto-evaluación Zung y Conde Pretest y retest	92
Cuadro No 8	Prueba t para medidas dependientes inventario de depresión de Beck (BDI) Pretest y postest	93
Cuadro No 9	Prueba t para medidas dependientes inventario de depresion de Beck (BDI) Pretest y retest	94
Cuadro No 10	Prueba t para medidas dependientes cuestionario de calidad de vida Satisfacción y placer (Q-LES-Q) Pretest, postest	95
Cuadro No 11	Prueba t para medidas dependientes cuestionario de calidad de vida Satisfacción y placer (Q-LES-Q) Pretest y retest	96
Cuadro No 12	Correlación de Spearman en la variable depresión con los resultados de Escala Autoplicada de Zung y Conde e Inventario de Beck (BDI)	97
Cuadro No 13	Nivel de sintomatología de participantes	99

RESUMEN

El propósito principal del estudio consistió en investigar los efectos que ejerce la terapia cognitivo conductual en el estado de ánimo, y los niveles de calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, que pertenecen a la Asociación Nacional Contra el Cáncer con sede en Veraguas. Este programa se basó en un diseño pre-experimental con un solo grupo con medidas de pretest, postest y retest.

El tratamiento se desarrolló con trece sesiones en total. Diez grupales, una individual, una familiar y una de seguimiento, ofrecidas una vez por semana con una duración de dos horas cada una. Los instrumentos psicométricos administrados fueron: Inventario de Depresión de Aron Beck (DBI), la Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde, y el Cuestionario sobre Calidad de vida Satisfacción y Placer, acompañados de la técnica de la entrevista clínica.

El procedimiento estadístico empleado fue la *t* de Student para datos dependientes con medidas repetidas, y la correlación de Rangos de Spearman. Se planteó un nivel de significancia de 5 % a una cola. Hay suficiente evidencia estadística para indicar que las participantes disminuyeron sus niveles de depresión al recibir el tratamiento. En cuanto a los niveles de calidad de vida no hubo suficiente evidencia estadística para indicar que las pacientes mejoraron esta variable.

La terapia cognitivo-conductual produjo efectos positivos en el manejo de la depresión y en los niveles de calidad de vida satisfacción y placer en las participantes en el aspecto cualitativo, no así en el cuantitativo, dando a conocer que la terapia fue efectiva y necesaria para las participantes.

SUMMARY

The main purpose of the study was to investigate the effects exerted cognitive behavioral therapy in the mood, and levels of quality of life in patients diagnosed with breast cancer, which belong to the National Association Against Cancer based Veraguas. This program was based on a pre-experimental design with a single group with measures pretest, posttest and retest.

The treatment was developed with thirteen sessions in total. Group Ten, an individual, a family and follow-up offered once a week with a duration of two hours each, psychometric instruments administered were Depression Inventory Aron Beck (DBI), the self-administered scale for Measure Zung Depression and Conde, and Quality of life Questionnaire Enjoyment and Satisfaction, accompanied by clinical interview technique.

The statistical procedure used was the Student t test for dependent data with repeated measurements and Spearman rank correlation, a significance level of 5% to a raised tail. There is enough statistical evidence to indicate that participants decreased their levels of depression receive treatment. As for the levels of quality of life, there was not enough statistical evidence to indicate that patients improved this variable.

Cognitive behavioral therapy produced positive effects on the management of depression and quality levels of life satisfaction and pleasure in participating in the qualitative aspect, but not in the quantitative, announcing that the therapy was effective and necessary for participants.

INTRODUCCIÓN

La respuesta emocional de las mujeres con un cáncer difiere ampliamente y puede ir desde una aparente alteración del ánimo hasta un estado de ansiedad y depresión clínico. Las mujeres con cáncer de mama deben afrontar una variedad de situaciones estresantes que incluyen el propio diagnóstico como también los procedimientos médicos intrusivos y efectos secundarios de los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia) y una variedad de pérdidas personales, psicológicas y físicas (Andrykowski et al, 1998)

Algunas mujeres experimentan niveles altos de ansiedad y depresión cerca del momento del diagnóstico y durante el tratamiento y la recuperación. Estudios sistemáticos han demostrado que entre un 20% y 35% de las mujeres con cáncer de mama, independientemente de su estadio de la enfermedad, tienen una morbilidad psiquiátrica medible. En las pacientes diagnosticadas y tratadas de un cáncer, aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad y/o depresión, entre estas mujeres se ha descrito que un 47% de las pacientes son diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico (García Quiñonez et al, 2001)

En los últimos años, los avances médicos han logrado una mayor supervivencia en mujeres con cáncer de mama y el incremento en la calidad de vida de estas mujeres. Esto ha supuesto el desarrollo de programas de intervención psicológica que faciliten la recuperación y adaptación a su vida cotidiana. La mayoría de las intervenciones psicológicas con pacientes de cáncer utilizan las técnicas cognitivo-conductual para el manejo de la depresión. El interés en este tema está estimulado por el incremento del reconocimiento de la importancia de la calidad de vida (un constructo que incluye el bienestar emocional y físico) como un punto principal en el tratamiento del cáncer.

Por otra parte, es preciso reconocer que el bienestar físico, psicológico y social están íntimamente relacionados. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos precipitantes que el individuo y la familia tienen que

afrontar con habilidad para poder adaptarse a ellos, y como factor de resolución se ha encontrado que existe una adaptación en los individuos que padecen una crisis o una desadaptación en el afrontamiento del suceso según informa García Quiñonez et al (2001)

Es decisivo para la evolución de la crisis, la forma como el suceso - enfermedad física - se interpreta, haciendo referencia personal a la autoimagen, planes e intereses futuros y cómo se realizan las adaptaciones conductuales al suceso. Uno de los peligros al aumentar la crisis es la pérdida de la vida - suicidio u homicidio. Otro de los peligros los constituyen los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento que pueden arraigarse profundamente en la vida de las pacientes llegando a ser difíciles de modificar (Sarason y Sarason, 1996)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el/ la terapeuta y el/ la paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas que lo aquejan. Los/ las terapeutas ayudan a los/ as pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional.

La finalidad de la terapia cognitivo conductual es ayudar a las personas a cuestionarse sus creencias negativas y a pensar de manera más realista, de tal forma que puedan iniciar un cambio psicológico orientado a la mejora personal. La terapia tiene el objetivo de proporcionar al paciente dentro de un plazo limitado las destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida y una vez finalizada la terapia, el paciente tendrá las herramientas para afrontar sus dificultades cotidianas con éxito.

Su finalidad es poder recuperar una vida y una movilidad normal, libre de estados de ansiedad, depresión inapropiada o preocupación excesiva, donde la persona pueda restablecerse en las áreas más importantes familiar, social y laboral.

De allí surge este estudio que se desarrolló y tuvo como gran propósito investigar los efectos que puede ejercer la terapia cognitivo-conductual en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas. Por lo expuesto anteriormente, se propuso la realización de este estudio cuya presentación abarca cinco capítulos, que a continuación se detallan. El primero presenta las características generales o el marco general del fenómeno tales como justificación, formulación del problema, objetivos generales y específicos, se describen brevemente las características del escenario donde se realizó la investigación.

En el segundo capítulo se plantea el marco teórico o conceptual que sirve de base o estructura para la investigación. Los antecedentes o investigaciones previas relacionadas con nuestro problema y/o variables, luego con los aspectos teóricos del tema y problemas de investigación partiendo con la definición del cáncer de mamas, epidemiología, causas y otros factores de riesgos, síntomas asociados al cáncer de mamas.

Con relación al tema de la depresión, se ofrece su definición, el origen de la enfermedad de la depresión, síntomas característicos de la depresión y su clasificación diagnóstica en el DSM – IV. En cuanto a calidad de vida, se aborda la evolución del concepto de calidad de vida y las dimensiones que la constituyen, calidad de vida en cáncer. Con respecto al tratamiento cognitivo-conductual, curso de afrontamiento para la depresión como también las diferentes técnicas que se emplean, las situaciones que se pueden presentar antes de terminar la terapia.

En el tercer capítulo se plantea el marco metodológico, con el tipo y diseño general del estudio, las hipótesis, variables, unidades de estudio y decisión muestral, métodos y técnicas empleadas, instrumentos y el procedimiento desarrollado en la investigación. También se presenta el método de intervención. El cuarto capítulo está compuesto por el análisis y discusión de los resultados, los cuales se presentan por medio de la proyección de tablas y gráficas, procedimientos estadísticos. En el mismo se hace referencia a la discusión de los resultados que se contrastan teóricamente con las hipótesis y con los aspectos teóricos, al

igual que se discuten e interpretan los resultados desde la perspectiva de los límites y alcance del problema estudiado

Una vez finalizado el análisis y discutido los resultados, en el último capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio con base en los datos obtenidos. Posteriormente se presentan las diferentes fuentes consultadas para la obtención de información y desarrollo de la investigación, como también información complementaria que se presenta en los anexos.

CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL

1. Justificación

A pesar de los progresos en los tratamientos para algunos tipos de tumores cancerígenos, el cáncer sigue siendo una enfermedad fatal. Tal es así que el cáncer de seno no solo es el más frecuente, sino que también es la principal causa de muerte para las mujeres en muchos países. Las pacientes diagnósticas con cáncer de mamas durante el transcurso de su enfermedad llegan a enfrentar diferentes tipos de situaciones, estas pueden ser tanto físicas, emocionales y sociales, y afectan de esta manera su estado de ánimo. A su vez pueden verse inmersas dentro una visión túnel, distorsiones cognitivas, con pocas expectativas de funcionabilidad, aislamiento social a causa de su enfermedad, llevándolas a desarrollar un estado de ánimo depresivo como también el deterioro de su calidad de vida.

Las experiencias que motivaron a la realización de esta investigación sobre depresión y calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno surgen de vivencias obtenidas durante el ejercicio profesional como familiar, donde el contacto directo con este tipo de pacientes obliga al análisis reflexivo y visualizar la importancia directa de una intervención psicoterapéutica enfocada a una terapia de corte cognitivo - conductual que a su vez le ayudara para el mejoramiento del estado de ánimo depresivo y los niveles de calidad de vida del paciente sobreviviente con cáncer de seno. Aquí se hace mayor énfasis en que somos en realidad seres adaptativos y si cambiamos nuestra manera de pensar, cambiaremos nuestra percepción de la realidad y nuestra conducta.

Al lograr identificar ampliamente las dimensiones que están afectadas en el estado de ánimo depresivo y la calidad de vida de estas pacientes con cáncer de seno, independientes de la situaciones que les tocaron enfrentar durante sus tratamientos médicos, se llegarán a hacer modificaciones positivas en sus estructuras cognitivas. Por lo tanto se obtendrá información que podría servir de base para la implementación de pautas institucionales o manuales de tratamiento con el objetivo de mejorar las intervenciones psicoterapéuticas, es por ello que se busca la realización de este estudio. En consecuencia surge la siguiente interrogante

2. Planteamiento del problema

¿Qué efectos ejerce la terapia cognitivo-conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, pertenecientes a la Asociación Nacional Contra el Cáncer con sede en Veraguas?

3. Objetivos generales

- Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el manejo de la depresión, en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas
- Reconocer los efectos que produce la terapia cognitivo-conductual en los niveles de calidad de vida en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas

3.1. Objetivos específicos

- Diagnosticar los niveles de depresión y calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, antes de recibir y luego de haber recibido una intervención psicológica con la terapia cognitivo-conductual
- Analizar los efectos que produce la terapia cognitivo-conductual en el nivel de depresión de aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas y pertenecen a la Asociación Nacional contra el Cáncer, sede de Veraguas
- Comparar los niveles de calidad de vida de aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas antes y después de recibir el tratamiento cognitivo-conductual

4. Escenario

El estudio tuvo lugar en la Asociación Nacional Contra el Cáncer Capítulo de Santiago de Veraguas sus primeras labores iniciaron en 1987, orientadas hacia la lucha contra el cáncer desde la perspectiva de la promoción y prevención. A finales de los años 90, el cáncer se constituye en la primera causa de muerte de los veragüenses, por lo que era necesario intervenciones en el campo curativo y de rehabilitación para los pacientes de

escasos recursos, traduciéndose en mayores egresos para el capítulo dentro del programa de Apoyo al Paciente (ANCEC, 1998)

En la actualidad está apoyando a 125 pacientes. A partir del año 2004 se han duplicado los egresos, por la cantidad de pacientes que han solicitado ayuda al capítulo y por las condiciones económicas que se viven en la provincia.

Dentro de los programas de ayuda al paciente que brinda la Asociación Nacional Contra el Cáncer, están de forma general visitas médico - asistenciales, tratando de apoyar en la parte médica y espiritual, en cuanto a las actividades específicas que se llevan a cabo

1. Actividades médicas seguimiento de diagnósticos y tratamientos médicos de oncólogos, vigilancia de aspectos de sostén de las enfermedades dolor, anemias, deshidratación, alimentación y prevención de ulceraciones
2. Intervención en crisis pueden darse en las siguientes áreas
 - 2.1 Individual al paciente en su fase de negación y culpa
 - 2.2. Familiar aceptación y apoyo emocional a sus cuidadores y familiares
 - 2.3. Soporte espiritual reforzar valores familiares, autoestima, la fe y la esperanza.

Para la realización de todas estas actividades, se debe mencionar que la movilización para las diferentes visitas, se realiza con recursos propios de los voluntarios, y se trata de visitar a los que están en crisis, se tiene la esperanza de poder aumentar el número de voluntarios para realizar visitas a todos aquellos pacientes que están recibiendo ayuda por parte de la Asociación Nacional Contra el Cáncer de Santiago. Así se está cumpliendo con el llamado solidario y humano de ayudar a los que menos tienen y que más lo necesitan en estos momentos de tanta incertidumbre como lo es la lucha contra un cáncer, que no solo afecta a la persona, sino a toda la familia.

La Asociación Nacional Contra el Cáncer con sede en Veraguas está conformada por una junta técnica, donde se cuenta con un presidente, vice- presidente, secretaria, fiscales y vocales, estos son profesionales de medicina como de enfermería, esta instancia se

encuentra ubicada en calle segunda antiguo edificio del Tribunal Electoral segundo piso
Próximamente se estarán trasladando a sus nuevas instalaciones ubicadas al frente del Centro de Salud de Santiago, antiguo hospital regional, se le anexa también a este Capítulo la Unidad de Soportes Médicos y Cuidados Paliativos que está conformado por un médico de medicina general, diferentes estudiantes universitarios de las carreras de enfermería, psicología y tecnólogos médicos, quienes conforman el cuerpo de voluntarios y se encargan de brindar los cuidados paliativos y ambulatorios de los diferentes pacientes que presentan un diagnóstico de cáncer

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

En el año 2004 la investigadora Lina Rivas presentó su tesis para optar por el grado de Maestría en psicología clínica en la Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología de la Universidad de Panamá. Su estudio consistió en una intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, tendientes a mejorar el estado psicológico y la calidad de vida durante los tratamientos. La investigación tuvo como objetivo brindar una intervención a un grupo de mujeres, pacientes con cáncer de mamas del Instituto Oncológico Nacional ubicado en la ciudad de Panamá y luego analizar la efectividad de las estrategias terapéuticas, a través de la mejoría del estado general y la calidad de vida de las pacientes.

Esta intervención la realizó a través de un programa psicoterapéutico mixto, que combinaba sesiones psicoterapéuticas individuales y grupales que tenían como propósito mejorar los síntomas psicológicos, derivados del impacto del diagnóstico de cáncer, de los tratamientos químicos y quirúrgicos que en su conjunto influyen en la calidad de vida de las pacientes. La autora plantea como un estudio de caso, de intervención psicoterapéutica, prospectivo longitudinal de pre y post medición, se compararon los resultados de los mismos sujetos antes y después del tratamiento.

Para comparar ambas mediciones, la investigadora aplicó el estadístico no paramétrico Prueba de Signos Wilcoxon, que según lo descrito por la investigadora permite trabajar con muestras apareadas cuando se desconoce la distribución de los datos. El grupo para esta investigación estuvo conformado por 30 pacientes diagnosticadas con Cáncer de mamas, y tratadas médicamente en el Instituto Oncológico Nacional a través de tres esquemas distintos de tratamiento, lo que dividió la muestra en tres grupos de diez sujetos cada uno, y fueron atendidos paralelamente al tratamiento médico durante el tiempo que duró el mismo. Nos describe la investigadora que de todas las pacientes en tratamiento, una falleció antes de terminar la investigación.

Los resultados evaluados por SCL- 90 – R Cuestionario de 90 síntomas y el Rotterdam Sympton Check List RSCL, demostraron que aunque no todas las escalas reflejaron una

mejoría estadísticamente significativa, cualitativamente la mayoría de las pacientes experimentaron cambios tanto en su estado psicológico general como en su calidad de vida. La investigadora plasma que los análisis de los resultados muestran que la intervención psicoterapéutica en pacientes con cáncer de mamas, es eficaz y necesaria.

La investigadora María Roquebert León en el año 2013 presentó los resultados de un estudio realizado sobre barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer de mamas de la ciudad de Panamá. Se realizó como parte del proyecto de investigación impulsado por Susan G Komen for the Cure, con los auspicios de los fondos de la Fundación Caterpillar, para conocer el funcionamiento de los sistemas de salud en cuanto a atención del cáncer de mamas en tres países de la región Panamá, México y Brasil. Lo identifica como un estudio cualitativo con los objetivos de describir el continuum de atención del cáncer de mamas en mujeres en la ciudad de Panamá en las áreas de atención pública y privada y las percepciones de las pacientes, el personal de salud, las compañías de seguros privados y las ONGs.

El área geográfica del estudio fue la ciudad de Panamá, integrada por trece corregimientos y una población de 430,299 habitantes, que representa el 25% de población de la provincia de Panamá y el 13% de la población total del país, según el censo de población y vivienda del año 2010. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación (CBI) del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), certificando así que la investigación cumple con las normas locales, las guías de buenas prácticas clínicas y las declaraciones y principios para realizar estudios con seres humanos.

La metodología utilizada se basó en grupos focales y entrevistas individuales a mujeres sobrevivientes al cáncer de mamas, y entrevistas en profundidad a representantes del personal de salud de instalaciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y aseguradoras privadas. La información se ingresó a una base de datos, se realizó análisis de contenido y segmentación de datos según los objetivos.

Los resultados muestran que las mujeres identificaron como principales barreras la falta de información, la falta de personal especializado y la deficiencia en las redes sociales de

apoyo, el personal de salud opinó que el costo y carecer de transporte son las principales barreras, esto se traduce como una debilidad en el acceso al sistema de salud Sin embargo, las mujeres ven como oportunidad seguir potenciando la eficiente atención que recibieron en el Instituto Oncológico Nacional, sobresaliendo la información brindada, el trato y el apoyo El personal de salud, tanto público como privado, ve como una oportunidad la información disponible y el conocimiento que las mujeres puedan tener en relación con el cáncer de mamas

En el estudio que presentó Rolando Jaén Caballero en el año 2000 como cumplimiento de los requisitos exigidos para optar por el grado de maestría en psicología clínica con su programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos, una experiencia de grupo en la Policlínica del Seguro Social J.J Vallarino Los resultados que obtuvo el investigador en cuanto a intensidad de la ansiedad y depresión en nueve pacientes diagnosticados con trastornos depresivos, ansiedad y dolores crónicos tratados con el Programa de Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento Utilizó este tratamiento debido a su efecto modificador en la autopercepción e inquietud, componentes cognitivos esenciales de las personas ansiosas, lo cual conlleva a una reducción de sus síntomas, También observó mejoría apreciable en la depresión y ansiedad en algunos de los sujetos, sin embargo, todos presentaron un decremento de la sintomatología inicial

El estudio se desarrolló en el Departamento de Salud Mental de la Policlínica del Seguro Social, J.J Vallarino en la ciudad de Panamá. Escogió para participar, personas diagnosticadas por los profesionales del departamento, con síntomas de depresión y ansiedad de intensidad que fluctuaba de ligera a moderada, ninguna necesitaba, de acuerdo con el personal que los refirió, ser hospitalizado o estar bajo medicamento que controlase estas dolencias Estos sujetos habían sido referidos a terapia de relajación

El programa consistía en cuatro módulos (Entrenamiento en relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en asertividad y Resolución de conflictos) desarrollados en quince sesiones, una semanal con hora y media de duración, apoyados con tareas para el hogar que

incluían ejercicios de relajación, tareas escritas, contactar un compañero y lecturas de material proporcionado

Se evaluaron en este estudio las variables dependientes (depresión y ansiedad) al inicio, en la séptima sesión y al finalizar el tratamiento, con las escalas de Depresión de Beck e IDARE, impresión subjetiva del malestar de los mismos sujetos, cada sujeto fue evaluado individualmente a través de entrevistas clínicas profundas y se redactaron informes clínicos de cada uno. Los resultados finales mostraron una mejoría en todos los participantes del tratamiento, que va de muy leve a moderada.

En el año 2007, Laura J. Domínguez Cedeño presentó su tesis para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica en la Facultad de Psicología en la ciudad de Panamá. El estudio tenía como objetivo principal la aplicación y evaluación de un programa de corte cognitivo-conductual, para el manejo del estrés y de la ansiedad, en pacientes hipertensos que asistían a la Policlínica del Seguro Social en la provincia de Los Santos, ubicados en la ciudad de Las Tablas.

Lo realizó a través de un diseño de investigación cuasi-experimental, con un grupo control y experimental. Fue evaluada la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en el grupo experimental, aplicada a pacientes hipertensos con el objetivo de que pudieran mejorar sus estados de estrés, de ansiedad y de adaptación a su condición. La muestra para este estudio estuvo representada por 20 pacientes hipertensos asignados en dos grupos, el experimental con una edad promedio de 44 años, ocho mujeres y dos hombres. En el grupo control con una edad promedio de 50, 5 mujeres y cinco hombres. Ninguno estaba recibiendo atención psicológica ni psiquiátrica y no estaban tomando psicofármacos.

El tratamiento lo realizó en doce sesiones, dos veces por semana, con una duración de dos horas cada sesión. Las pruebas administradas para la evaluación de los pacientes fueron Perfil de Estrés de Nowack, Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica. Llegó a utilizar el estadístico t para grupos independientes y dependientes. Planteó un nivel de significación de 0.05 a una cola.

Concluyó que había suficientes evidencias estadísticas para indicar que los pacientes del grupo experimental disminuyeron sus niveles de estrés y ansiedad después del tratamiento en comparación con el grupo que no lo recibió. Manifestó la investigadora que fue efectivo para que los pacientes logaran disminuir sus niveles de estrés y ansiedad. Logró realizar recomendaciones tendientes a mejorar la atención integral que se brinda a los pacientes hipertensos, incluyendo en los tratamientos de estos pacientes la alternativa de las terapias grupales cognitivo-conductuales.

Otro estudio fue realizado por la investigadora María Inés Barrios Pinilla en el año 2005, para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica en la Facultad de Humanidades perteneciente a la Escuela de Psicología, Universidad de Panamá. La investigación desarrollada tuvo como propósito esencial la aplicación y evaluación de un programa de corte cognitivo – conductual, para el manejo del estrés y la ansiedad en pacientes diabéticos que asistían a la Policlínica de la Caja de Seguro Social ciudad de Chitré, en Herrera.

Lo realizó por medio de un diseño de investigación de pretest y postest, con un solo grupo, evaluando la efectividad de una intervención cognitivo – conductual en grupo, aplicada a pacientes diabéticos que presentaban estrés, ansiedad y dificultad en el manejo de su enfermedad, con el objetivo de que pudieran mejorar sus estados de estrés, de ansiedad, adaptación y mejoría clínica como pacientes diabéticos. La muestra estuvo integrada por once pacientes diabéticos, con una edad promedio de 50 años, ocho mujeres y tres hombres. No estaban recibiendo atención psicológica ni psiquiátrica y no estaban tomando fármacos.

El tratamiento se ofreció en doce sesiones, dos veces por semana, con una duración de dos horas y medias cada una. Las pruebas administradas para la evaluación de los pacientes fueron Perfil del estrés, Escala de ansiedad de Hamilton y la Escala de adaptación y mejoría clínica global del paciente diabético, utilizando un estadístico t para grupos dependientes. Planteó un nivel de significancia de 0.05 a una cola. Concluyó la autora que había suficientes evidencias estadísticas para indicar que los sujetos disminuyeron sus niveles de estrés y

ansiedad después del tratamiento e informó que el tratamiento fue efectivo para que los pacientes logaran disminuir sus niveles de estrés y ansiedad

En el año 2011 en la ciudad de Panamá la Psicóloga Sandra E Charry de Montenegro presentó su Tesis de grado ante la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá como uno de los requisitos para obtener el grado de Magister en Psicología Clínica. El estudio realizado por esta investigadora se desarrolló mediante un diseño pre-experimental de preprueba y postprueba con un solo grupo en la cual evaluó la efectividad de una intervención psicoterapéutica breve individual basada en el modelo de Relaciones objetales aplicándola a sujetos de la tercera edad diagnosticados con trastorno depresivo mayor

Consistió en brindar la modalidad breve de la psicoterapia donde se estableció un foco terapéutico La intervención se aplicó a cuatro sujetos donde el objetivo principal de la investigación era la disminución de la sintomatología depresiva, se llegaron a utilizar dos procedimientos para el análisis de los resultados uno consistió en el análisis estadístico para los datos cuantitativos y el otro, el análisis dinámico o psicodinámico Los resultados finales que obtuvo la investigadora demostraron que el tratamiento reduce los síntomas debido a que los pacientes tratados en su estudio manifestaron cambios significativos También destaca en su proyecto que la relación terapéutica que se le brindó al paciente fue muy enriquecedora para que vea su contenido y a su vez utilice este vínculo para la alianza, la elaboración y reconstrucción de las relaciones objetales

En un estudio realizado por Almudena Narváez, Carmen Rubiños, Fabiola Cortés Funes, Raquel Gómez y Anjara García (2008), para valorar la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cancer de mamas, expresan que el cáncer de mamas influye, al igual que su tratamiento, de manera significativa en aspectos psicológicos de las personas diagnosticadas y tratadas por esta enfermedad

El objetivo de ese estudio consistió en valorar la eficacia de un tratamiento psicológico grupal cognitivo-conductual en la tríada imagen corporal-autoestima-sexualidad, en el estado de ánimo y en la sintomatología ansiedad Participaron un grupo de mujeres libres de

enfermedad que acude a consultas de revisión del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid entre diciembre de 2005 y febrero de 2006

Estas mujeres se asignaron aleatoriamente al grupo experimental de tratamiento grupal y a una condición de control sin tratamiento. Se llevó a cabo una evaluación pre y post-tratamiento en los grupos y se midieron las siguientes variables con los siguientes instrumentos: depresión (Inventario de Depresión de Beck, BDI), Ansiedad de Estado (Cuestionario de ansiedad-estado –STAI-E-), Autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg) e imagen corporal (Escala de imagen corporal de Hopwood), presencia o ausencia de problemas sexuales y la satisfacción sexual (tres preguntas de respuesta cerrada)

El tratamiento grupal que utilizaron fue de nueve sesiones con una frecuencia semanal y con una duración de una hora y media cada una. Estas nueve sesiones fueron divididas en cuatro secciones de tratamiento: un módulo de estado de ánimo (dos sesiones), un módulo de imagen corporal y autoestima (cuatro sesiones), un módulo de sexualidad (dos sesiones), y un cuarto módulo de despedida donde se recogió la medida pos-tratamiento.

Los resultados que se obtuvieron mostraron que el tratamiento produjo mejoras significativas en comparación con el grupo control en las puntuaciones del Inventario de Beck BDI ($p=0,005$), STAIE ($p=0,002$), autoestima ($p=0,001$), e imagen corporal ($p=0,014$). Por lo tanto, se demuestra la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en grupo para la mejora de la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad después de haber pasado por un cáncer de mamas en el estudio realizado.

En el 2011 la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, correspondientes al Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia en Colombia a cargo de Carolyn Finck Barboza y Myriam Janeth Forero Forero, realizaron un estudio sobre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Este análisis estuvo conformado por sesenta y una mujeres, pacientes oncológicos de un hospital universitario en la ciudad de Bogotá, seleccionadas por conveniencia.

Como criterio de inclusión se tomó en cuenta que las mujeres habían recibido formalmente un diagnóstico de cáncer de seno y que estuvieran asistiendo a una consulta oncológica en el momento del estudio (ya sea como tratamiento actual o como control) Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta psicopatologías diagnosticadas previamente (asociadas a la depresión y/o ansiedad) y la incapacidad para entender y responder al cuestionario Adicionalmente, se tomaron los datos de un grupo de cien mujeres sanas (es decir sin diagnóstico de cáncer de seno) pareado en cuanto a estrato socio-económico y edad

En cuanto a las variables para medir, tales como los valores religiosos, se encontró una diferencia significativa ($p < 0.01$) Entre el grupo de mujeres sanas y las pacientes del Oncológico Las mujeres con cáncer de seno están en promedio más de acuerdo ($M = 2,7$) con “un profundo sentido de responsabilidad por reducir el dolor y sufrimiento del mundo”, así como con “creo en un Dios que me cuida”, ítemes que construyen la variable de valores religiosos/espirituales Los análisis realizados para la escala de ansiedad y depresión (HADS) entre el grupo de mujeres sanas y el grupo de pacientes no arrojaron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno comparadas con las que no lo padecen

Sin embargo, se encontró una tendencia similar en ambos grupos y es que los niveles para la subescala de ansiedad son más altos en ambos mientras los niveles para la sub escala de depresión son más bajos Las autoras informaron que aunque se observan tendencias interesantes, las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas en cuanto al número de casos y tampoco al comparar las medias de ambos grupos Pero nos llega a corroborar la existencia de depresión y ansiedad en las pacientes con esta sintomatología.

Los investigadores Federico García Quiñones, Edgar Daniel Martínez Soler y Edwin Eladio Cáceres Ortiz, de la Universidad Pontificia Bolivariana, publicaron un estudio en la Revista Colombiana de Psicología, en el año 2001 sobre la implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer de mamas

El objetivo de esa investigación fue implementar un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico en pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga. El diseño fue de tipo cuasi-experimental y se contó con una muestra de cincuenta sujetos veinticinco en el grupo experimental y veinticinco en el grupo control

La variable dependiente fue el afrontamiento, categorizado como crisis, ansiedad y depresión. Los instrumentos utilizados fueron STAI Estado, IDB y CASIC. Los resultados finales indican que ambas muestras presentan cambios adaptativos. Sin embargo, el análisis postest - retest indicó cambios más significativos en el afrontamiento de la enfermedad neoplásica en la muestra experimental frente a la muestra control con una $P < 0.1$

De acuerdo con el análisis de los resultados, los autores afirman que la implementación del programa de intervención cognoscitivo-conductual influyó significativamente en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer, tanto a nivel estadístico como a nivel cualitativo, lo cual confirmó la hipótesis de investigación donde se planteó que un programa de intervención influye en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer disminuyendo los niveles de crisis, ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos de la muestra experimental, aprendieron a afrontar su enfermedad

Estos cambios se pueden atribuir a las técnicas utilizadas en este programa como la reestructuración cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva de Ellis, la relajación autógena de Schultz, la psicoeducación y el apoyo familiar y grupal, entre otras. Incluso reafirmaron estos autores que la implementación del programa podría incrementar la supervivencia del paciente como ha sido propuesto por investigadores en el área de la psicología.

Pese a la ausencia de implementación de dicho programa se presentaron cambios en la muestra control, cambios que fueron significativos a nivel estadístico. Esto podría explicarse en la teoría de la crisis, en la que se afirma que el individuo se adapta a sus crisis debido a

factores afectivos y cognoscitivos que buscan un equilibrio emocional en el menor tiempo Otra explicación a esta adaptación se halla en el afrontamiento de las pruebas diagnósticas, las cuales producen crisis anticipadas sobre el diagnóstico de su enfermedad

Además, la adaptación de la muestra control fue temporal y variable porque con el paso del tiempo y al afrontar nuevas crisis, estados depresivos y ansiosos de su enfermedad, los sujetos de la muestra presentan alteraciones en su funcionamiento habitual que dificultan la adaptación a su nueva situación, caso contrario de la muestra experimental que mantiene su afrontamiento Debido a este comportamiento de la muestra control se sugiere para posteriores investigaciones explorar qué factores influyen en la adaptación de los sujetos sin intervenciones psicológicas con el ánimo de dar soporte empírico a los conceptos expuestos

Julia Sebastián, Dimitra Manos, María José Bueno y Nuria Mateos emprendieron un estudio sobre Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mamas participantes en un programa de intervención psicosocial, esto fue llevado por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, España en el año 2007 La muestra utilizada estaba compuesta por mujeres intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mamas (no metastásico) por parte del equipo médico del Servicio de Patología Mamaria del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Maternal La Paz de Madrid

El número de mujeres que han participado en dicho estudio ha sido de 85, aunque al hacer estos análisis, los autores solo contaban con datos totales de veintiséis mujeres del grupo experimental y veintisiete mujeres del grupo control Su edad estaba comprendida entre treinta y cuatro y sesenta y cuatro años La formación del grupo control les supuso algunos problemas, ya que era difícil mantener la motivación de las mujeres para someterse a evaluaciones repetidas sin estar recibiendo ninguna intervención terapéutica.

El control de las variables médicas constituye uno de los aspectos más importantes para poder comparar más adelante a los grupos su edad debía situarse entre los veinticinco y los sesenta y cinco años, debían recibir por primera vez un diagnóstico de cáncer de mamas, no debían sufrir metástasis, el número de ganglios infectados no podía exceder de cuatro (es decir, se situarían en un diagnóstico T1), el tratamiento recibido debía ser de quimioterapia

con CMF y/o radioterapia y/o hormonoterapia Y no debían sufrir ningún problema psiquiátrico

Aclaran las investigadoras que la participación en el programa ha sido voluntaria. Las mujeres que aceptaban participar formaban el grupo experimental, mientras que las mujeres que no lo deseaban o no podían formaron parte del grupo control. La medida pre-tratamiento se realizaba de diez a quince días después de la cirugía y antes de recoger los resultados de la anatomía patológica. Aproximadamente un mes después de terminar el programa (a los seis meses después de la cirugía, más o menos) se obtuvo la medida post-tratamiento. El seguimiento se realizó a los seis meses de acabar el programa. Se han realizado varios análisis estadísticos que se basan esencialmente en comparaciones intragrupos e intergrupos, y cuyos resultados exponen a continuación

- a) En el grupo de mujeres que habían recibido el programa de intervención psicosocial (grupo experimental), las diferencias que se pudieron constatar entre su situación anterior al programa y su situación posterior fueron muy numerosas y todas ellas en el sentido de una mejor adaptación a la enfermedad y bienestar psicológico. Así, pudieron señalar que las repercusiones de la asistencia al programa han tenido lugar en la mejora de su nivel funcional, en su estado físico, en su estado de ánimo, en sus relaciones sexuales y, en general, en su calidad de vida. Estas afirmaciones están apoyadas generalmente en varios indicadores para cada uno de los dominios mencionados anteriormente.

Además, también apareció una diferencia importante en el terreno del afrontamiento a la enfermedad, destacándose que después de la asistencia al programa las mujeres eran capaces de vivir su situación con una sensación mucho menor de desamparo y desesperanza. Estas diferencias se han mantenido seis meses después, a excepción de la mejora en las relaciones sexuales. Este dato indica un nivel muy aceptable de estabilidad en la consecución de los resultados. Sin embargo, las autoras informan que sería necesario recopilar de nuevo estos datos después de otros seis meses para tener un índice más claro de los grados de estabilidad.

- b) En el grupo de mujeres que no habían recibido el programa de intervención psicosocial (grupo control) las diferencias entre la medida previa y la realizada más tarde (o medida post), ambas en el intervalo temporal de seis meses semejante al del grupo experimental, señalaron una única mejora en el ámbito funcional (este resultado apareció, igualmente, en el grupo experimental), debido probablemente a la mejor adaptación funcional producida por el transcurso del tiempo
- Estas mujeres informaron en la medida de seguimiento, seis meses después de lo anterior, que había disminuido su espíritu de lucha y había aumentado su actitud de fatalismo como forma de afrontamiento a la enfermedad y que se había deteriorado su autoestima, su autoimagen corporal y, en general, su autoconcepto. No obstante, había mejorado su nivel funcional y su percepción de su estado físico (este resultado apareció, igualmente, en el grupo experimental)
- c) En cuanto a las comparaciones entre los grupos de mujeres que habían o no asistido al programa (comparaciones intergrupos), se señala que, precisamente, el grupo de mujeres que participó en él había informado inicialmente de un mayor malestar físico y psicológico. Sin embargo, en las comparaciones que realizaron posteriormente a la asistencia al programa, estas mismas mujeres informaron no solo que se habían igualado con el grupo control, sino que se sentían mejor que estas en su estado psicológico, que percibían una mejora en su calidad de vida y que participaban en mayor medida que el otro grupo en mantener un espíritu de lucha frente a la enfermedad y una mejor imagen corporal
- d) En el período de seguimiento, seis meses después, las diferencias entre el grupo de mujeres que habían participado en el programa y el grupo de mujeres que no habían asistido al mismo, se concretaron en aspectos como los siguientes: las mujeres que no habían participado estaban viviendo su situación con un nivel mayor de desamparo y desesperanza y con mayores cuotas de fatalismo, su imagen corporal y su autoconcepto se encontraban bastante deteriorados comparados con los del grupo experimental y, finalmente, se había producido un mayor deterioro familiar en este grupo

Finalmente, estos cambios beneficiosos fueron confirmados seis meses después, mientras que en el grupo control se observaba en ese mismo momento un empeoramiento en sus condiciones de afrontamiento a la enfermedad y un decremento en aspectos relacionados con el autoconcepto y autoestima.

Vicenta Almonacid Guinot, para optar por el título de doctora en psicología clínica, en la Universidad de Valencia, de la ciudad de Valencia España, en marzo del 2014, desarrolló un programa de intervención cognitivo-conductual asociado a la psicoeducación a mujeres diagnosticadas de cáncer de mamas evaluando los cambios producidos en las variables ansiedad, depresión y calidad de vida.

La población que utilizó la autora, incluyó ochenta y cuatro mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas en el Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario, cuarenta y siete pacientes componían el Grupo experimental y treinta y siete el Grupo control. El tipo de investigación que utilizó fue un estudio cuasi-experimental de dos grupos uno experimental y otro control. Al grupo experimental se le aplicó el programa de intervención tras la evaluación inicial, en cuanto al Grupo control no recibió intervención psicológica.

Expresa Almonacid que se recogieron un total de veinticinco variables demográficas, personales, clínicas de la enfermedad, psicológicas, y sobre la satisfacción percibida por las pacientes tras la visita de la voluntaria. Fueron evaluadas mediante una entrevista semiestructurada y una encuesta de satisfacción sobre la visita de la voluntaria creados ad hoc, la Escala de ansiedad y depresión en el Hospital (HADS) y el QL-CA-Afex de calidad de vida en enfermedades crónicas.

Los momentos de evaluación fueron en el Grupo experimental al inicio del tratamiento de QT complementando la Entrevista el HADs y el QL-CA-Afex, y al mes de finalizar el tratamiento de quimioterapia cumplimentando el HADs, el QL-CAAfex y el Cuestionario de satisfacción. El Grupo control solamente fue evaluado una vez al mes de finalizar el tratamiento de QT, cumplimentando la Entrevista (intentando recordar cómo se sintieron cuando iban a comenzar el tratamiento, y el HADs y el QL-CA-Afex tal como se sentían en el momento de la cumplimentación.

El protocolo de intervención empleado constaba de ocho sesiones facilitar información orientada a la rehabilitación funcional del brazo homolateral, y restauración física y cosmética, manejo de efectos secundarios de los tratamientos médicos, entrenamiento en estrategias de afrontamiento activas, expresión de emociones negativas y expresión de miedos, tras la cirugía radical se producía la visita de la voluntaria o expaciente

En cuanto a los resultados obtenidos por la autora los describe de la siguiente manera Se trató de dos grupos homogéneos con una media de edad de 48,5 años, el 81% de las pacientes eran casadas, el 89% tenían hijos, el 72% tenían estudios básicos y el 63% eran amas de casa. En cuanto a preocupaciones al diagnóstico en el 39,47% de los casos la primera preocupación era miedo a morir y en el 36,84% una posible recaída.

Respecto al tipo de información, en el 44% de los casos fue completa y real, en el 36%, incompleta pero real y en el 20% restante fue falsa. El 84% consideraba la información recibida como satisfactoria. Con relación a las variables ansiedad y depresión al comparar los resultados del Grupo experimental frente al Grupo control al mes de finalizar los tratamientos médicos, se encontraron diferencias significativas en ambas variables en el sentido esperado [$T=2,865$ ($gl=79$), $p=0,005$] y [$T = -2,703$ ($gl= 46,630$), $p=0,010$] respectivamente

Al realizar el análisis correlacional en ambas variables, se pudo destacar que las pacientes del Grupo experimental que en la Escala I presentaban puntuaciones más elevadas en la subescala de depresión del HADs, fueron las que más se beneficiaron al finalizar el programa. En cuanto a la variable calidad de vida, el programa de intervención mejoró significativamente, a las pacientes que lo siguen en las subescalas de 184 dificultades en hábitos cotidianos Por último, respecto a la valoración de la visita de la voluntaria, las pacientes consideraron que les ayudó a mejorar sus relaciones de pareja, familiares y sociales

Por último las conclusiones a las cuales llegó la autora consistieron en que la muestra estudiada fue representativa tanto de su grupo de referencia como de las series estudiadas en diferentes estudios, excepto en la variable edad, se trata de una muestra de mujeres más

jóvenes 48,5 años, frente a los cincuenta y seis años de otros estudios. Lo relacionado con los efectos del programa de intervención nos informa que redujo los niveles de ansiedad y depresión en las pacientes que lo siguieron, resultado que apoya resultados de otros grupos de investigación.

La autora señaló que el programa de intervención fue eficaz para mejorar el estado emocional y la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas. Para finalizar, la investigadora expuso que la interacción con un modelo positivo de afrontamiento mejoró principalmente las relaciones interpersonales, miedos y estado emocional.

Carlos Gómez Restrepo, Adriana Bohórquez, Diana Pinto Masís, Jacky F. A. Gil Laverde, Martín Rondón Sepúlveda, Nancy Díaz Granados, realizaron un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia entre los años 2000, 2001 y su publicación en el año 2004.

Los métodos empleados para este estudio descriptivo de corte transversal consistieron en una encuesta aplicada entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 1 116 adultos de 18 años de edad o más de uno u otro sexo que residían en viviendas particulares seleccionadas mediante un muestreo representativo nacional polietápico, estratificado según el grado de urbanización del área incluida en el muestreo.

La depresión se clasificó en breve, subclínica o clínica (leve, moderada o grave) en los treinta días y los doce meses previos a la entrevista. Se calcularon las frecuencias simples y estratificadas por la edad y el sexo, y los intervalos de confianza de 95% (IC95%) de más de quinientas variables. La asociación de las variables seleccionadas con episodios depresivos se evaluó mediante un modelo de regresión logística con múltiples variables.

Los Resultados que se obtuvieron de las personas estudiadas, fue que el 10,0% (IC95% 9,2 a 10,7) presentaron algún episodio depresivo en los doce meses previos a la encuesta y 8,5% (IC95% 7,8 a 9,2) sufrieron alguno durante el último mes, hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron

moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de cuarenta y cinco años

Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron la condición de ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad. Llevándolos a una conclusión muy importante que es la relacionada con la edad en los participantes, que concuerdan directamente con uno de los criterios de selección la depresión es una afección frecuente en Colombia. Se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en mujeres y en personas mayores de cuarenta y cinco años de edad

La investigadora Jacqueline Yisel Rodríguez Jiménez en el 2011 realizó un estudio con el objetivo de comprobar la efectividad de una intervención psicoterapéutica mixta psicodinámica, en un grupo de adultos entre cuarenta y sesenta años diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II. El mismo lo realizó mediante un diseño pre-experimental con mediciones antes y después a un solo grupo experimental, utilizando la escala de ansiedad rasgo/estado IDARE, escala de depresión ZUNG y el cuestionario de Calidad de Vida InCaViSa.

El tratamiento lo realizó en doce sesiones en la modalidad individual y grupal aplicado a los seis sujetos que conformaban la muestra, y esperaba obtener una disminución en las variables de ansiedad, depresión y mejoras en la calidad de vida. Nos explica que observó una mejoría estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad, depresión y no así en los niveles de calidad de vida de los sujetos que participaron del estudio, lo que indica que la psicoterapia grupal breve psicodinámica fue efectiva en su estudio

Un estudio realizado por María Azucena Hernández Silva, en el año 2010 para obtener el título de licenciada en psicología en la Universidad Autónoma del estado de México sobre Tratamiento Cognitivo Conductual de la depresión, es un análisis de caso con el objetivo de

identificar la prevalencia de depresión, surgido de la importancia de brindar atención psicológica con un modelo terapéutico encaminado a disminuir las manifestaciones de ésta.

El estudio fue efectuado para disminuir las manifestaciones de depresión en una madre con un hijo discapacitado, a partir de la intervención con este modelo. Utilizó un diseño A-B-C, el cual inició con una primera evaluación del inventario de Beck y el CES-D, para identificar el grado y los síntomas de este trastorno. El segundo paso se enfocó en la intervención del modelo cognitivo conductual; y al finalizar se evaluó para identificar el impacto obtenido. La intervención efectuada fue satisfactoria, pues en la primera evaluación con el inventario de Beck se obtuvo un puntaje de 23 (depresión entre moderada y severa), manifestándose 16 síntomas, y en el CES-D se perfiló en una depresión mayor (40 puntos), con 14 síntomas frecuentes en la semana (4 a 7 días). Mientras que en la segunda evaluación del inventario expresó 4 puntos con la presencia de 5 síntomas (ausencia de manifestaciones), notando la disminución de 11 síntomas, y en el CES-D se obtuvo 2 puntos, con la presencia de los síntomas a un día por semana. Bajo esta intervención, se considera que el modelo cognitivo conductual es adecuado para intervenir en la disminución de las manifestaciones de depresión en casos particulares como éste.

2. Cáncer

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obligan a realizar cambios en los hábitos y estilos de vida que los pacientes deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos. Se podría definir el cáncer de la siguiente manera:

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizado por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. La característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía, en otras palabras, su capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que gobiernan otras células (Gaviria et al. 2007: 71)

Este crecimiento tumoral ilimitado hace que el cáncer sea capaz de destruir a su huésped, dañando otros órganos o procesos fisiológicos, o bien utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. Si bien algunas personas presentan cierta predisposición genética al cáncer, la enfermedad en sí misma casi nunca es hereditaria aunque forma parte de los factores de riesgos. El comportamiento y el estilo de vida son los factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad.

Los datos estadísticos señalan al cáncer como una de las principales causas de mortalidad de los países occidentales, concretamente la segunda después de las enfermedades cardiovasculares, lo que convierte a esta enfermedad en un problema de salud fundamental que requiere un abordaje médico y psicológico por las repercusiones que conlleva en la vida del/de la paciente (Mingote y Begoña, 2000)

2.1. Cáncer de mamas

El cáncer de mamas ataca a la mujer y, precisamente, se localiza en las mamas. Este tipo de cáncer se puede detectar tempranamente a través de la observación o el tacto.

A pesar de los progresos en los tratamientos para algunos tipos de tumores cancerígenos, el cáncer sigue siendo una enfermedad fatal. Tal es así que el cáncer de seno no sólo es el más frecuente, sino que también es la principal causa de muerte para las mujeres en muchos países. Para tener un mejor conocimiento sobre el padecimiento de esta enfermedad, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud de México publicó Boletín de Prácticas Médicas Efectivas, el cual brinda un concepto que se puede aplicar a nuestra investigación:

El cáncer de mamas (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo” (Martínez, 2007: 1)

Dándonos a entender que como otros tumores malignos, el cáncer de mamas es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes y esto supone más de los

carcinomas de mamas, esto indica que el factor hereditario juega un papel importantísimo en el desarrollo del mismo, por lo cual las personas deben tener un alto grado de compenetración con su salud

2.2. Epidemiología del cáncer de mamas

El cáncer de mamas constituye un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial. El cáncer mamario dejó de estar circunscrito a los países desarrollados y a mujeres con mayores recursos económicos, incluso ha desplazado al cáncer cervicouterino en varias regiones de Latinoamérica como primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas. Nos encontramos ante un problema de gran magnitud, poco reconocido como tal en la región, cuyo impacto rebasa la salud de la mujer en lo individual, y afecta a la pareja, a la familia, a la sociedad y al sistema de salud, como señala Kanul et al (2009)

Día a día se diagnostica un gran número de casos de cáncer en el mundo y con las nuevas tecnologías, en el área de la salud y más específicamente en el campo oncológico se enciende una luz de esperanza para los pacientes que padecen de esta enfermedad. Está comprobado que en países desarrollados la incidencia de cáncer de mamas ha disminuido debido a dos razones importantes que han empezado a utilizarse. La primera, los programas de detección oportuna (mastografía) y la segunda, la disminución en la prescripción de la terapia de reemplazo hormonal.

A través de estas razones se busca como objetivo principal enfocarse en el primer nivel de atención, que es brindar programas de detección de manera oportuna a toda la población femenina que vaya de los cuarenta años en adelante y así puedan prevenir el desarrollo de esta enfermedad.

2.3. Causas y otros factores de riesgos del cáncer de mamas

La incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado considerablemente en todo el mundo y el cáncer de mamas no es la excepción. La estadística mundial señala más de un millón de casos nuevos cada año (Ferlay et al, 2004). Por tanto, este tipo de cáncer

representa un problema de salud pública porque es la principal causa de muerte en mujeres en todo el mundo (Sandoval y Cárdenas, 2006) Una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mamas a lo largo de la vida (12.2%) y una de cada veintiocho de morir por esta enfermedad, según la Sociedad Americana del Cáncer, (American Cancer Society Surveillance Program, 2003)

Toda mujer tiene algún grado de riesgo de desarrollar cáncer del seno durante su vida y ese riesgo aumenta a medida que la mujer tiene más años Sin embargo, el riesgo no es el mismo para todas las mujeres, ya que existen diversos factores que aumentan las probabilidades de desarrollar esta enfermedad Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el de mamas existen factores que pueden estar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta enfermedad

Estos pueden estar presentes durante períodos largos, algunos de estos factores tienen riesgos relativamente menores Lo que podemos decir que la presencia de dos o más de estos factores incrementan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad Los más importantes que se pueden mencionar aparecen en un artículo del Boletín de Prácticas Médicas Efectivas que Martínez (2007) informa como los que mayores causan este padecimiento

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad (antes de los doce años)
- Edad avanzada al momento del primer parto (treinta y cuatro años) o no haber dado nunca a luz
- Antecedentes personales de cáncer de mamas o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mamas (hiperplasia ductal atípica)
- Madre o hermana(s) con cáncer de mamas
- Tratamiento con radioterapia dirigida a las mamas/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de cáncer de mamas
- Densidad de mamas aumentada en una mastografía.
- Terapia de reemplazo hormonal
- Consumir bebidas alcohólicas

- Ser de raza blanca.
- Alteraciones genéticas (BRCA 1 y BRCA 2 en cáncer hereditario de mamas/ovario, PTEN en el síndrome de Cowden, P 53 en el síndrome de Li-Fraumeni, STK11 en el síndrome de Peutz-Jeghers, CDH1 en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario)

Se comprende que la historia familiar de cáncer de mamas sigue siendo un factor predictivo de riesgo, una vez teniendo en cuenta el estado de portación de mutaciones. Lo que quiere decir que en las mujeres que tienen una historia familiar moderada de cáncer de mamas, es decir, no portadoras de las mutaciones, la historia familiar sigue siendo un factor para predecir el riesgo de cáncer de mamas.

2.4. Otros factores de riesgos

El riesgo de desarrollar un cáncer de mamas a cinco años puede ser tan bajo como de 0.4% en una mujer de cuarenta años sin factores de riesgo, o tan alto como de 6% en mujeres de cuarenta y nueve años con varios factores de riesgos. Mujeres entre cuarenta y nueve años de edad que presenten cualquiera de los siguientes factores, tienen un riesgo mayor de padecer esta enfermedad que aquellas mujeres mayores de cincuenta años que no los presentan (Robles y Galanis, 2002)

- Dos biopsias previas de las mamas
- Un familiar de primer grado con cáncer y una biopsia previa.
- Diagnóstico previo de cáncer de mamas
- Historia de radioterapia a la pared torácica.

Con relación a otros factores de riesgos sobre el desarrollo del cáncer de mamas en aquellas mujeres con un rango de edad entre cuarenta y cuarenta y nueve años quienes tienen una probabilidad mayor de padecerlo, se revisó el artículo del Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de la Salud de México y se encontró un extracto que nos expresa la importancia de hacernos siempre nuestras revisiones.

Un numero considerable de mujeres no presentan síntomas ni signos de enfermedad, es prioritario que el médico en la atención primaria promueva la mastografía como una herramienta de diagnóstico temprano en ausencia de manifestaciones clínicas, cuando las posibilidades de curación están por arriba de 90% Martínez (2007 32)

Este es un llamado de atención a aquellas personas que no presentan los síntomas para un cáncer de mamas, porque al igual de aquellas que la padezcan, deben hacerse sus respectivas exploraciones, para evitar a un tiempo muy temprano el desarrollo de esta problemática y puedan gozar de una buena calidad de vida tanto para ella como el de su entorno familiar

2.5. Síntomas asociados al cáncer de mamas

Los síntomas que puede presentar el cáncer de mamas son muy variados, de acuerdo con la etapa, ya que en el periodo inicial no se presentan señales visibles, además va a depender también del tamaño y la extensión del tumor que tenga la paciente, por lo cual debemos tener presente los siguientes síntomas según nos expresa Pérez et al (2013)

- Protuberancias en las axilas, con bordes irregulares y generalmente no duelen
- Dolor o retracción del pezón
- Irritación o hendiduras de la piel
- Inflamación de una parte del seno
- Crecimiento o descamación de la piel del pezón
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna, puede ser sanguinolenta, de claro a amarillento o verdoso.

Lo más importante que deben manejar las pacientes, mujeres en general es que no se debe esperar hasta el último momento para empezar a diferenciar estos signos o síntomas del cáncer de mamas, porque puede ser muy tarde y no valdría todo el esfuerzo y dedicación que le presentan en esos momentos las vinculadas en esa situación. Lo que se espera es que cada una de las personas tenga esa capacidad para reconocer que esta enfermedad puede ser desarrollada por cualquiera y no hace ninguna diferenciación de razas, etnias, culturas diferentes

2.6. Trastorno de ansiedad por enfermedad

Hablar de ansiedad como síntoma emocional ante una enfermedad oncológica, significa hablar de todos los pacientes oncológicos, y personas en general, ante cualquier enfermedad y casi todo en la vida. Es por eso que antes o después la ansiedad, la angustia y el miedo hacen su aparición. Se podría definir la ansiedad como

Una preocupación de que los síntomas físicos son signos de una enfermedad grave, incluso cuando no exista ninguna evidencia médica para respaldar la presencia de un padecimiento de salud (Pascual et al, 2008: 281-5)

Las personas con el trastorno de ansiedad por enfermedad están demasiado concentradas y siempre pensando en su salud física y tienen un miedo irreal de tener o desarrollar una enfermedad grave. Este trastorno se presenta por igual en hombres y mujeres.

La forma como las personas con el trastorno de ansiedad por enfermedad piensan acerca de sus síntomas físicos puede hacerlos más propensos a padecer esta afección. A medida que ellos se enfocan y se preocupan por las sensaciones físicas, comienza un ciclo de síntomas y preocupación, el cual puede ser difícil de detener. Es importante darse cuenta que las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad no crean estos síntomas intencionalmente. Ellas son incapaces de controlar los síntomas, como se describe a continuación.

La ansiedad es un estado emocional en el que la persona se siente tensa, nerviosa, preocupada o atemorizada de forma desagradable y que puede cursar además con sintomatología física como palpitaciones, sudoración, inquietud, sensación de ahogo, de falta de aliento, etc (Arranz et al, 2003: 51-140)

La ansiedad también es una reacción autónoma o automática del organismo que aparece cuando nuestro sistema cognitivo interpreta que algo nos amenaza. En este caso, a la enfermedad, los tratamientos, efectos secundarios, complicaciones posibles, etc.

2.6.1. Síntomas

En términos generales se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en

puesta en marcha de recursos Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y sí puede tener un origen biológico

Según el DSM-IV, (2000 211) las personas llegan a presentar los siguientes síntomas

- Las personas con el trastorno de ansiedad por enfermedad son incapaces de controlar sus miedos y preocupaciones Con frecuencia, creen que cualquier síntoma o sensación es un signo de una enfermedad seria.
- Ellos buscan el consuelo de la familia, los amigos o los médicos de manera regular Se sienten bien a lo sumo durante un tiempo corto y luego empiezan a preocuparse por los mismos síntomas o por síntomas nuevos
- Los síntomas pueden alternar y cambiar y con frecuencia son vagos Las personas con este trastorno a menudo examinan su propio cuerpo
- Algunas pueden reconocer que el temor de tener una enfermedad grave es irracional o infundado
- El trastorno de ansiedad por enfermedad es diferente del trastorno de síntomas somáticos Con este último, la persona tiene dolor u otros síntomas físicos, pero no se encuentra la causa médica

La ansiedad interviene en 3 niveles de la siguiente manera.

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes niveles

- 1 **A nivel cognitivo:** activando pensamiento catastrofista y negativos Actuando como un disparador para muchos miedos Pues las situaciones se reinterpretan como más peligrosas

- 2 **A nivel fisiológico:** se produce una activación física que da lugar a la sintomatología como las palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, sensación de pérdida de control, etc
- 3 **A nivel conductual:** de repente tenemos la sensación de que necesitamos huir, escapar que aquello, que termine de una vez

Se deberá tener en cuenta que la alteración de los síntomas no se deba a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ya sea un medicamento o bien un abuso en consumo de drogas. Durante el curso de la crisis de ansiedad, el centro de preocupación puede pasar de un tema a otro, por lo general, la persona tiene dificultades para distenderse y dejar de preocuparse, según Noyés et al (1989)

2.6.2. Tipos de ansiedad más frecuentes en oncología:

1. Ansiedad reactiva:

Es el tipo más común que presentan las personas afectadas de cáncer. Aparece normalmente antes incluso de conocer el diagnóstico, cuando acudimos al centro médico u hospital a hacernos pruebas y debes esperar un tiempo antes de recibir los resultados. Es muy importante en esta fase de “tiempo de espera” ser consciente de que la ansiedad y el deseo de conocer los resultados pueden alterar la percepción subjetiva del tiempo y aumentar la angustia de quienes esperan, tanto afectado como familiares.

Otros momentos puntuales en los que suele aparecer es al iniciar los tratamientos quirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc. Así como ante efectos secundarios que pueden alterar la calidad de vida del paciente (náuseas, vómitos, caída del cabello, entumecimiento, etc.)

2. Ansiedad debida a causas médicas:

Una vez iniciados el proceso oncológico y sobre todo determinados tratamientos como la quimio o la hormonoterapia, la ansiedad y los problemas para dormir son muy frecuentes, pero no sólo, por la situación emocional a la que las personas afectada pueden

verse expuestas. Sinó que los cambios físicos que generan dichos tratamientos también actúan como disparadores y mantenedores de la ansiedad.

Es el segundo tipo más frecuente en pacientes oncológicos. Las causas médicas que pueden provocar ansiedad son: 1) El dolor no controlado, 2) Cambios metabólicos, 3) Complicaciones médicas o de la medicación (Orgilés et al, 2003).

3. Depresión

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan frecuentemente un malestar emocional importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentarán algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad, frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo (Fernández et al, 2000).

Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no solo a la propia depresión, sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos. La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un período al menos de dos semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, la prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer se estima entre el 5% y el 8% (Valente et al, 1994).

3.1. Definición de la depresión

Buela y Sierra (2009) definen la depresión como un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos – esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las

exigencias de la vida, teniendo presente que en menor o mayor grado, siempre están también presente síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso, somático

Estos autores describen que la depresión no es un ente aislado de la persona, es una forma en que las personas que están afectadas llegan a presentar una variedad de signos y síntomas a un nivel físico, personal, cognitivo y estos a su vez deterioran sus competencias, destrezas para desenvolverse en su vida diaria.

Otro autor nos plantea que la depresión ha sido vista como una respuesta común al cáncer de seno, o como una respuesta acompañante de otros indicadores emocionales de molestias como la ansiedad, la ira y la hostilidad, son reacciones psíquicas naturales. La depresión del espíritu es transitoria y coincide con el descubrimiento del tumor, las primeras consultas, la decisión operatoria, las aplicaciones de radiaciones y los tratamientos quimioterapéuticos

Estas depresiones son ligeras y duran pocos días cuando hay formas intensas y, sobre todo, de depresiones prolongadas, la mujer comienza a tener insomnios, estado continuo de tristeza, pérdida de interés y capacidad para la alegría, y llora fácilmente (Tejerina, 1986). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es el sistema más utilizado por los profesionales de la salud

Se ve la depresión desde un supuesto de que es un síndrome bien diferenciado y caracterizado por un grupo de síntomas, con unos niveles mínimos de severidad y duración, y que se halla asociado a un deterioro funcional, laboral y social. La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual, es básica para el diagnóstico de depresión en pacientes (DSM - IV TR, 2000)

3.2. Origen de la enfermedad de la depresión

La relación entre el cáncer y el estado de ánimo ha sido sugerida desde la antigüedad. Ya Hipócrates hablaba de la asociación entre las personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno en la misma línea, pensaba que las mujeres melancólicas eran más vulnerables al cáncer que las mujeres de temperamento sanguíneo (Sierra et al, 2006)

Sierra et al, (2006) señala que el estrés puede alterar la función del sistema inmune de forma que influye en el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas Existen diversas líneas de evidencia que lo describen

Tabla 1

Implicaciones de la Psiconeuroinmunología en la aparición y desarrollo de distintos tipos de tumores

Tipos de cáncer	Implicación
Genéticos (susceptibilidad hereditaria)	Poca relevancia
Inducidos por carcinógenos químicos (pulmón, colon)	Poca relevancia
Inducidos por cambios hormonales (mamas, próstata)	Media relevancia
Inducidos por agentes infecciosos (cérvix linfoproliferativos, EBV, Kaposi)	Mucha relevancia

Fuente Sierra et. al (2006) Psicooncología. Vol 3, Num 1

1. El estrés psicológico puede alterar la función del sistema inmunitario, a través de la innervación directa de los órganos linfoides por el sistema nervioso central o mediante la liberación de mediadores solubles (citosinas y hormonas) Estos los podemos ejemplificar por medio de esta tabla donde se describen aquellos tipos de cáncer que son más propensos a desarrollarse por medio de este factor

El cancer de mamas y de próstata presentan una implicación de media relevancia, donde evidencia que estos tipos de cáncer se ven influenciados por el factor del estrés y la alteración del sistema inmune, haciéndolos mas propensos a ser desarrollados en aquellas pacientes que presenten esta condición

2. El sistema inmunológico juega un papel importante en la regulación del crecimiento tumoral Se postuló la idea de que el sistema inmunológico, no sólo se encargaba de eliminar del organismo agentes infecciosos, sino que también realizaba una vigilancia activa contra la aparición de células neoplásicas De ello se encarga la parte del sistema inmunológico que desarrolla la inmunidad celular

Tabla 2.

Efectos de las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés sobre el curso de la enfermedad neoplásica

Tipo de intervención	Efecto fisiológico referencia
Aumento de la ayuda psico-social a enfermos con cáncer de mamas	Disminución de la aparición de metástasis Aumento de la supervivencia
Psicoterapia en pacientes con cáncer de mamas resecado	Mejora psicológica Normalización de funciones inmunes Mayor tiempo a la recaída
Pacientes con melanoma que recibieron terapia de grupo	Menor tasa de recaída Disminución de la mortalidad

Fuente Sierra et al (2006) Psicooncología. Vol 3, Num. 1

Las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés pueden influir el curso de la enfermedad neoplásica (ver tabla 2) La reducción del estrés mediante la provisión de ayuda social se ha asociado con una mejoría en el curso de la enfermedad neoplásica Por ejemplo, en un estudio con mujeres aquejadas de cáncer de mamas metastáticos se pudo apreciar un aumento significativo de la supervivencia global de dieciocho meses en aquellas con apoyo social

Las diferentes intervenciones terapéuticas llegan a producir efectos fisiológicos positivos en las pacientes que llegan a padecer cáncer de mamas Estos se pueden evidenciar en el aumento de supervivencia que llegan a adquirir las pacientes para enfrentar su diario vivir, demoran más tiempo en presentar recaídas, se normalizan sus funciones inmunes y, sobre todo, se llega a presentar la disminución de la tasa de mortalidad Las interacciones neuroinmunológicas en el cáncer conforman un contexto de investigación multidisciplinar que incluye aportaciones desde la Oncología, la Neurobiología, la Inmunología, la Psicología, etc

En los últimos años el papel de la llamada psiconeuroinmunología y en especial el rol de las citosinas en la aparición y desarrollo de diversas patologías está adquiriendo peso El avance del conocimiento sobre los efectos de las alteraciones en el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunitario, así como su relación con los estados de ánimo podría esclarecer la susceptibilidad personal y la evolución particular e incluso paradójica de algunos grupos de pacientes (Sierra et al, 2006 45)

El esclarecimiento a nivel molecular y anatómico de los múltiples puntos de interacción entre los sistemas inmunológico y neuroendocrino permitirá, en el futuro, un diseño más racional de fármacos y abordajes psicológicos, para tratar las enfermedades cancerígenas que resultan del rompimiento en la interface de la interacción entre dichos sistemas

3.3. Síntomas característicos de la depresión

En los eventos vitales que pueden acontecer a las personas en su diario vivir, no queda duda que están las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como el cáncer, imponiendo una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento en los pacientes (Pérez et al, 2013)

Para González et al (1996) realizar el diagnóstico de depresión en las pacientes con cáncer de mamas es complicado por dos razones una emocional y otra somática. La tristeza y la pena son las normas en los individuos que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer y a un tratamiento que va a afectar su calidad de vida. Por lo tanto, se espera un cuadro depresivo como reacción normal a esta situación. Por otro lado, muchos de los síntomas somáticos de la depresión, como pérdida del apetito y peso, disminución de la energía vital e insomnio, son frecuentes en la enfermedad oncológica y sus tratamientos

Para (Beck, 1970 115) ve a la depresión como

Un trastorno del ánimo que puede manifestarse de distintas y muy variadas formas y presentar diferentes grados de intensidad. Básicamente, su diagnóstico depende de la existencia durante tiempo prolongado de determinados síntomas típicos, que producen malestar psicológico y dificultan en alguna medida la vida normal de las personas

Fundamentalmente, se debe seguir unas indicaciones operativas y empíricas desde hace algunos años. Para ello se establecieron los criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto para el DSM-IV TR como de la CIE-10, entendiéndose como la depresión propiamente dicha, se hace la aclaración que no se entra en la evaluación de un trastorno bipolar o un trastorno mixto, ya que estas entidades

requieren otras estrategias de intervención como también un manejo diferente (DSM- IV TR, 2000)

A Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo y dos pérdidas de interés o de la capacidad para el placer **Nota** No se incluyen los síntomas claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p ej , se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p ej , llanto) En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p ej , un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej , una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p ej , hipotiroidismo)

E Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p ej , después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

Los síntomas pueden ser los primeros determinantes de una patología en los pacientes que lo presentan. Si se les da una intervención de manera inmediata se reduce el desarrollo de ese desequilibrio, esto siempre y cuando se intervenga a tiempo.

4. Calidad de vida

4.1. Evolución del concepto de calidad de vida y dimensiones que la constituyen

La calidad de vida, como constructo, es un concepto complejo y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos polémicos fundamentales es el relacionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, como satisfacción o la felicidad) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el nivel de vida o el estado físico que posee). Aun cuando la calidad de vida puede estar determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden subjetivo.

La frase "calidad de vida" ha significado diferentes conceptos en los distintos períodos de este siglo. Este concepto entró en el vocabulario de los Estados Unidos hacia el final de la segunda guerra mundial, e implicó un concepto de "buena vida" o la riqueza evidenciada por la posesión de carros, casas y otros bienes materiales. Luego, el dinero y el tiempo libre para actividades de ocio empezaron a formar parte del concepto (Followfield, 1990)

Para Strain, (1990) el concepto toma más vigencia a partir de 1970 en adelante, donde se vio un aumento de interés en cuanto al término de calidad de vida. Siendo este para ser abordado con relación a la enfermedad y el tratamiento, pues concurrentemente con los avances tecnológicos, los pacientes empezaron a demandar que sus doctores tomaran una visión más holística de los problemas médicos

Esta aproximación que establece que la calidad de vida es "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social, comparado con el que ellos perciben que es posible o ideal". Así esta definición sugiere que la enfermedad compromete no sólo la integridad biológica del ser humano, sino también su bienestar psicológico, social y económico

Según la OMS, (1998: 62) la calidad de vida es

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno

De este modo, es posible afirmar que la calidad de vida es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones y no únicamente el funcionamiento físico. Cada vez existe un mayor consenso sobre la correcta definición de calidad de vida.

4.1.1. Dimensiones de la calidad de vida

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida, se destacan cuatro dominios esenciales o primarios (Followfield, 1990) Dimensión psicológica, social, ocupacional y física. En la tabla siguiente se enumeran algunos de los aspectos que incluye cada dimensión

Tabla 3
Dimensiones de la calidad de vida

Dimensiones de calidad de vida	
Psicológica	Depresión, ansiedad, ajuste a la enfermedad.
Social	Relaciones sexuales y personales compromiso en actividades sociales
Ocupacional	Capacidad y deseo de llevar a cabo su trabajo
	Capacidad para llevar a cabo las labores de su casa.
Física	Dolor, movilidad, sueño, apetito, náuseas y funcionamiento sexual

Fuente Followfield (1990) The Quality of life The missing measurement in health care

4.1.1.1. Dimensión psicológica

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo que concierne a la habilidad individual de enfrentar problemas físicos y psicológicos y de manejar o controlar los momentos de ansiedad, miedo, incomunicación, pérdida de la autoestima, depresión, la cognición, la angustia, la incertidumbre del futuro, que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento (Aaronson y Beckaman, 1987) También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida, la esperanza, la trascendencia, la fortaleza interior y la actitud ante el sufrimiento

- **Ansiedad y depresión:** Los pacientes que sufren de depresión y ansiedad son incapaces de divertirse o funcionar adecuadamente en algunas de las otras áreas que se considera contribuyen a la calidad de vida. Hecho que verifica la concepción de que no se puede curar el cuerpo sin la mente

- **Ajuste a la enfermedad:** La sobrevivencia emocional o el estado de salud psicológico puede ser mantenido sólo en aquellas personas capaces de adaptarse y ajustarse a las pruebas y tribulaciones de la vida, o que cuentan con un elevado soporte por parte de los profesionales de la salud, familia y amigos

4.1.1.2. Dimensión social

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, la situación económica, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. En algunas etapas, en el manejo del proceso del cáncer, las relaciones interpersonales son críticas, y se extienden no sólo a la familia inmediata, sino a los amigos, médicos y enfermeras. En estos periodos de tiempo las relaciones pueden romperse y los problemas reprimirse superficialmente, trayendo consigo también, problemas en la relación de pareja.

- **Relaciones sociales** Las pacientes con cáncer frecuentemente llegan a sentir miedo al abandono por parte de amigos, pareja y seres queridos, antropológicamente este miedo al abandono durante la enfermedad, no siempre es muestra de neurosis o paranoia. La conducta de evitación tiene una función vital a lo largo de la evolución para los animales y del ser humano prehistórico. En la ausencia de algún medio para el tratamiento de la enfermedad, evitar al enfermo o abandonarlo es lo más acostumbrado por quienes están a su alrededor (Aaronson y Beckaman, 1987)
- **Relaciones sexuales:** Problemas sexuales muy grandes pueden ocurrir como resultado de impedimentos físicos y traumas emocionales posteriores al diagnóstico de la enfermedad. La ansiedad que algunos pacientes afrontan a la actividad sexual, a fallar o ser rechazados por su pareja, puede tener un impacto devastador en la calidad de vida de los individuos y en sus relaciones sexuales y sentimentales

Para muchos individuos, enfermos o sanos, enternecer es una necesidad humana básica, pues implica confirmar que ellos son amados y deseados. Por ello, las personas sometidas a cirugías rutilantes, o tratamientos dispendiosos para la enfermedad crónica, son extremadamente susceptibles a la depresión. Así mismo, la pareja del paciente puede necesitar soporte o ayuda para explorar nuevas formas de expresar su amor, sus sentimientos u obtener gratificación sexual.

4.1.1.3. Dimensión ocupacional

Se describe como la necesidad que tiene el ser humano de sentirse útil para la sociedad y para sí mismo, reporta Followfield, (1990). Incluye la capacidad y deseo de llevar a cabo su trabajo o las labores del hogar. Con frecuencia la actividad laboral significa mucho más que una fuente de ingresos. Puede ser parte esencial de la identidad y la autovaloración del ser humano.

4.1.1.4. Dimensión física

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como la presencia o ausencia de enfermedad, los síntomas físicos producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, como por ejemplo, dolor, náuseas e inmovilidad, aspectos que pueden tener un mayor efecto en la calidad de vida. Se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, morbilidad, actividad física (Aaronson y Beckaman, 1987).

- **Dolor:** La evitación del dolor es una de las acciones básicas humanas y una de las razones primarias para buscar ayuda médica. El dolor crónico restringe severamente la capacidad funcional de las personas, la capacidad de divertirse, y produce un considerable estrés psicológico, social y económico. El dolor es una simple sensación producida por un estímulo específico, la percepción de dolor no es siempre proporcional al estímulo, pues este es una experiencia muy individual y subjetiva, que disminuye o aumenta por factores como la cultura, el condicionamiento, la tensión, el estado emocional, la enfermedad y síntomas

relacionados con el tratamiento, efectos secundarios como náuseas, vómito, a estos factores se suelen añadir otros relacionados con el estado espiritual, existencial, al funcionamiento sexual y a la imagen corporal, así como los referidos a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos

4.2. Calidad de vida en cáncer

Tanto las consecuencias físicas como psicológicas que trae consigo el cáncer, tienen una gran influencia en la sensación de bienestar y en la calidad de vida, no sólo de los pacientes, sino también de sus amistades y parientes. Muchos de esos traumas psicológicos pueden estar basados principalmente en el desconocimiento que tienen del tratamiento de la enfermedad y en la cantidad de tratamientos necesarios y sus efectos secundarios

El mero desconocimiento que tienen los y las pacientes del tratamiento de la enfermedad puede empeorar su calidad de vida, ya que la gente tiene un gran número de preconcepciones acerca del cáncer, algunos/as la ven como una enfermedad fatal y sienten que sus tratamientos son básicamente ineficaces, otros/as, creen que puede ser contagiosa y otros/as la asocian con la muerte y con un incontrolable dolor

Esta situación se debe generalmente a la ausencia o inadecuada información que se brinda, a la incertidumbre que los pacientes tienen del pronóstico y el transcurso de la enfermedad, sobre todo en las primeras consultas, y al estigma tejido alrededor del cáncer, pues este evoca una sensación profunda de disgusto, repulsión y miedo, que marca a la persona que la padece, ya que se cree que es una enfermedad contaminante, por el desconocimiento que se tiene acerca de la naturaleza de esta enfermedad (Perales, 2008)

Por otro lado, el cáncer y sus tratamientos son altamente destructivos, pues se requiere de la extirpación de las células malignas, ya sea a través de una cirugía o de una terapia con radiación o drogas citotóxicas procedimientos bastante dolorosos y dispendiosos, que al final no garantizan la vida y el pronóstico del paciente (Followfield, 1990)

5. Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión en pacientes con cáncer de mamas

Los tratamientos psicológicos más utilizados por su aplicabilidad y efectividad, son tres, y cuentan con suficientes estudios controlados como para poder afirmar que están bien establecidos. Son la **terapia de conducta** (que incluye seis variantes: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, curso para el afrontamiento de la depresión de Lewinsohn, terapia de auto control, terapia de solución de problemas y terapia conductual de pareja), la **terapia cognitiva** de Beck y la **psicoterapia interpersonal** de Klerman. Asimismo, estas terapias han mostrado como mínimo una eficacia similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos (Pérez y García, 2001)

5.1. Tratamiento cognitivo conductual de la depresión: Aumento de las actividades agradables y disminución de las desagradables

La terapia de conducta ofrece un planteamiento completo de la depresión, como de cualquier otro trastorno psicológico. En este sentido, dispone tanto de una teoría psicopatológica, como de la evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico correspondiente.

Pérez y García, (2001: 503) establecen que

La terapia de conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual, pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, Peter M. Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985) han desarrollado tres formas de tratamiento.

5.1.1. Terapia de habilidades sociales

Es también un programa estructurado dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la

aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela)

5.1.2. Terapia de autocontrol

Se refiere a un modelo de autocontrol para la depresión en el que se intenta integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas.

Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol.

A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

5.1.3. Terapia marital / familiar

Es el tratamiento que se le brinda a ambos miembros de una relación sentimental, y se centra, fundamentalmente, en mejorar la comunicación en la relación. De esta manera, aprenderán a controlar los impulsos y emociones para afrontar y resolver los conflictos que

puedan surgir de una manera más eficiente. Además, se les enseña a ver los problemas desde otra perspectiva, intentando relativizar los mismos sin que los personalismos pueda distorsionar los juicios de valor. Entendiéndose que la relación de pareja es algo muy importante en la vida de cada uno, que implica responsabilidades, exigencias, enfermedades y estrés, estas suelen ser olvidadas por ellos/as como se reunieron para convivir, para estar bien y no para vivir en un entorno de tristeza.

Actualmente, las parejas evidencian grandes problemáticas y estas para vivir medianamente con sus problemas deben tener armonía existencial, sexual y emocional (Pérez y García, 2001)

5.1.3.1. La terapia cognitiva – conductual de la pareja

Este enfoque se podría definir como la terapia que se realiza con parejas cuya relación no es feliz y les causa sufrimiento a uno o ambos miembros. Desde el punto de vista conductual, los principios básicos conceptuales con respecto a los problemas de pareja son los siguientes (Mahoney y Freeman, 1985)

- La conducta de los miembros de la pareja se debe examinar siempre dentro de su contexto de la relación
- Las parejas con problemas tienen mayores dificultades para solucionar los conflictos y afrontar las discusiones con eficacia. Existe una serie de conductas condicionadas, como estar a la defensiva, la adivinación del pensamiento del otro, la sobregeneralización y el volver siempre hacia errores pasados y presentes que impiden que los problemas puedan solucionarse
- El terapeuta de pareja, cognitivo conductual, generalmente enseña a empatizar y a escuchar activamente, a que los miembros puedan mantenerse y no escaparse del tema que se está tratando y aceptar y comprender el punto de vista del otro, aunque no se esté de acuerdo

También se les enseña a hacer peticiones directas sobre conductas específicas, a expresar sentimientos positivos y negativos con expresiones en primera persona. En cuanto a la enseñanza de habilidades comunicacionales y de solución de problemas, se emplea la instrucción, el modelado, el ensayo de conductas, las tareas para la casa y la realimentación positiva, por parte del otro miembro de la pareja o del terapeuta mismo.

5.2. El curso de afrontamiento de la depresión (CAD)

Las técnicas de intervención cognitivas - conductuales más utilizadas para tratar la depresión, según López (2006) son las siguientes:

A. Técnicas cognitivas Las técnicas cognitivas tienen por finalidad:

- 1 Enlistar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas
- 2 Comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos
- 3 Identificación de los supuestos personales
- 4 Comprobar la validez de los supuestos personales

A continuación se presentarán las técnicas cognitivas más utilizadas para abordar la depresión en los y las pacientes:

- 1 **Recogida de los pensamientos automáticos:** El especialista explicará a las pacientes la funcionalidad de los autorreportes (normalmente se compone de tres partes: situación- pensamiento - estado emocional, a veces se puede añadir también el elemento conductual cuando este componente es relevante). También se les explica la relación pensamiento – afecto – conducta y la importancia de detectar los pensamientos automáticos y dañinos, esto para hacerlo en el momento que se encuentra perturbado emocionalmente y se le muestra cómo registrarlos.

Tabla 4
Registro de pensamientos automáticos

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
SITUACIÓN	→ “Mi marido llegó a casa y no me besó”
EMOCIÓN	→ “Tristeza”
PENSAMIENTO	→ “No le importó nada”
CONDUCTA	→ “Llorar, callarme y ponerme más triste”
CONSECUENCIAS	→

Fuente López, R. (2006) Procesos cognitivos en el proceso de enseñanza aprendizaje, el caso de la Psicología cognitiva.

- 2 **Técnica de la triple columna:** El o la paciente aprende a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello, se suele llevar un autorregistro con tres columnas: en la primera se anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda, las pacientes colocan los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera expresan los pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos.

Tabla 5
Registro de pensamientos disfuncionales

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	
SITUACIÓN	→ “Mi marido llegó a casa y no me besó”
EMOCION	→ “Tristeza”
PENSAMIENTO INICIAL	→ “No le importó nada”
MODIFICACIÓN PENSAMIENTO	→ “No tengo pruebas de que no le importe, ha tenido atenciones”
CONSECUENCIAS – CONSECUENCIAS	→ “Conversar con él”

Fuente López, R. (2006) Procesos cognitivos en el proceso de enseñanza aprendizaje, el caso de la psicología cognitiva

- 3 **Identificación de los supuestos personales:** Durante la entrevista con el o la paciente o la revisión de los autorregistros, el terapeuta puede elaborar hipótesis acerca de los supuestos personales subyacentes al trastorno. Los medios más frecuentemente usados son, escuchar cómo el/ la paciente justifica su creencia en un determinado pensamiento automático (Ejemplo ¿Por qué razón cree eso?) o escuchando su respuesta a la importancia dada a un hecho (Ejemplo ¿Por qué es eso tan importante para usted?) Aplicando a los ejemplos podría ser esta manera

Terapeuta: “¿Por qué razón cree (o pensó que no le importa usted nada (al no besarla al llegar))?”

Paciente: “Si él me quisiera de verdad estaría más pendiente de mí”

Terapeuta: “¿Por qué le importó, de esa manera, el que no la besara al llegar?”

Paciente: “Yo necesito, para estar feliz, que tenga muestras de cariño conmigo”

- 4 **Comprobar la validez de los supuestos personales:** El terapeuta diseña con cada paciente tareas conductuales, a modo de “experimentos personales”, dirigidos a comprobar el grado de validez de los supuestos personales. Otra forma de manejar estos supuestos sería listar sus ventajas e inconvenientes y tomar decisiones en función de ese listado, o comprobar si las muestras de desacuerdo de otros producen necesariamente esos pensamientos

B **Técnicas conductuales**

Pérez y García, (2001) también indican que en las primeras fases de la terapia cognitiva según Beck y, en especial con pacientes más deprimidos, suele ser necesario que se establezca el nivel de funcionamiento que tenía antes de la depresión, el bajo nivel de actividad debido a que se relaciona con la autovaloración (“inútil, incapaz”) y con el estado de ánimo depresivo. Las técnicas conductuales utilizadas en la terapia cognitiva tienen una doble finalidad

1. Producir un incremento en el nivel de actividad, modificando la apatía, pasividad y falta de gratificación del paciente

2. Facilitar la evaluación empírica de sus pensamientos automáticos y significados asociados a la incompetencia, inutilidad, incontrolabilidad

Las principales técnicas conductuales utilizadas en el abordaje de la depresión son (Pérez y García, 2001)

1. **Asignación gradual de tareas:** El papel del/ la terapeuta es contrarrestar la creencia del/ la paciente sobregeneralizada de incapacidad y la pone a prueba, por ejemplo ¿Podríamos comprobar su creencia de que es incapaz de no poder enfrentar estas situaciones? Para ello, debemos establecer los objetivos de las tareas graduales, adecuándolos al nivel de funcionamiento de pacientes e incrementando de modo progresivo su dificultad, para determinar el éxito con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de autoeficacia.

2. **Ensayo cognitivo:** A veces, el/ la paciente necesita como paso previo a la realización de una tarea, el ser capaz de verse afrontándolas. Podemos ensayar con las pacientes, imaginándonos los pasos implicados en una tarea, eso les puede permitir descatastrofizar o desdramaticar tareas percibidas como muy difíciles.

3. **Programación de actividades diarias:** Terapeuta y paciente programan tareas diarias que pueden posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para ellas o también tareas distractoras para los momentos de malestares (ejerciendo control mental de estímulos predecibles y negativos).

4. **Técnicas del dominio y agrado:** Las pacientes valoran el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización (Ej. Valoración de las sesiones). Esto permite reprogramar actividades en conjunto, de modo que aumenten su dominio de agrado, o corregir distorsiones cognitivas a la base (Ej. Maximización de las tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas).

5. Ejecución de roles: Mediante el modelado y la inversión de papeles, como terapeuta, se pueden generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas

6. Entrenamiento asertivo: Algunas pacientes depresivas, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensas de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. Como profesionales le podemos presentar esos “derechos”, pedir sus opiniones sobre si los llevan a cabo, valorar las ventajas de hacerlo y el modo de llevarlo a cabo

5.3. Terapia cognitiva de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión según Beck et al (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contiene una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerables a determinados acontecimientos

Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales, (por ejemplo amor, aprobación, competencia personal), etc y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que pacientes depresivos procesen erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en sus conciencias una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) creídos por el o la paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo/a, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva)

Tabla 6
Modelo cognitivo de la depresión en las personas con este estado

Historia personal y factores biogenéticos (1)	Esquema cognitivo tácito (2)
Supuesto personal (Ej “Para ser feliz necesito del afecto de un hombre”)	
Evento actual activador (3)	Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (4)
(Ej “Ruptura de la relación de pareja”) “Sin él yo no valgo nada” (sobregeneralización) “Mi vida no merece la pena” (Abstracción selectiva) “No soy lo suficientemente mujer para tener un hombre” (Personalización)	
Círculo interactivo resultante (5)	
Pensamientos (Eje autocríticas) — Afectos (Ej Depresión e irritabilidad) — Conductas (Ej Llanto y descenso de la actividad social)	

Fuente Beck, A T , Rush, A.J , Shaw, B F y Emery, G (1979) The cognitive therapy of depression

Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (por ejemplo evitación, descenso de la actividad), siendo el resultado de esta interacción el cuadro depresivo en el/ la paciente (Buela y Sierra,2009) En la tabla 6 se puede observar el orden en que pueden suceder las situaciones en la persona, para desencadenar un estado depresivo

El modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está determinada por el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso la persona deprimida está convencida que las situaciones son tan negativas como ella las ve.

5.3.1. Las distorsiones cognitivas

Según los estudios realizados por Beck et al (1979), se llegó a identificar las siguientes distorsiones cognitivas en pacientes que presentaban depresión:

- **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión
- **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación (“visión túnel”) y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle
- **Sobregeneralización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares diferentes o no relacionados entre sí
- **Maximización y minimización:** Se trata centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales
- **Personalización:** Tendencia de pacientes a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a sí mismos sin que exista evidencia suficiente para ello
- **Pensamiento dicotómico o polarización:** Es la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El/ la paciente suele clasificarse en los extremos negativos (Ej “incapaz frente a capaz”) Igualmente el autor Beck (1970) había especificado algunos de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerables a las personas a la depresión, estos son

- 1 Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga
- 2 Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones
- 3 Si cometo un error, significa que soy un inepto / a.
- 4 No puedo vivir sin ti
- 5 Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto
- 6 Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí

En resumen, se pueden mencionar que los objetivos que se pretendan lograr con el tratamiento deben lograr la modificación del estado depresivo, desde los factores más

sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones – afectivo - conductuales) a los factores “subyacentes” de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales)

6. Situaciones que se presentan antes de la terminación de la terapia

Dificultades que suelen surgir cuando el fin de la terapia está próximo y la manera de manejarlos

6.1. La preocupación del/ la paciente respecto a no estar “completamente curado”

El/ la terapeuta puede utilizar en este caso las siguientes estrategias

- Explicarles que la salud mental no es un constructo dicotómico, sino un continuo integrado de varios puntos. Después demostramos con los datos de la evolución del paciente como ha avanzado dentro de ese continuo
- Mostrarle al/ la paciente que el objetivo de la terapia es aprender a minimizar eficazmente los problemas que son generados por la situación que está presentando, mediante una forma progresiva y dinámica de enfrentar lo concerniente a su situación de salud

6.2. La preocupación del/ la paciente respecto a volver a recaer y experimentar de nuevo el problema

El o la psicoterapeuta aquí también puede utilizar alguna de las siguientes estrategias

- Trabajar con los/ las pacientes con antelación, con base en las distorsiones cognitivas y supuestos personales, qué tipo de situaciones podrían hacerles recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) y que estrategias podría usar para su afrontamiento

6.3. Terminación prematura de la terapia

El profesional si puede prever que el/ la paciente está deseando ponerle fin a la sesión puede averiguar las posibles razones a la base y afrontarlas. Son frecuentes

- **Reacciones negativas hacia el/ la terapeuta** porque esté molesto o en desacuerdo con él o ella. En estos casos el profesional puede elicitarse, con tacto, las reacciones negativas e intentar clarificarlas; por otra parte si él o las pacientes abandonan la terapia puede ser útil una llamada telefónica o carta, invitándole a volver
- **Mejoría rápida de los síntomas:** Es frecuente que muchas pacientes al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas, ya no se vean motivadas para continuar la terapia. Aquí se podría desaconsejar la terminación al no haberse aun trabajado los factores predisponentes, incluso anticipar la posibilidad de una recaída próxima, para ganar así fiabilidad si sucede
- **Ausencia de mejoras significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo:** El/ la terapeuta puede explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento, que este raramente supone una mejoría lineal y que las recaídas pueden ser aprovechadas para detectar pensamientos automáticos y significados relevantes

A este listado añadimos otra serie de dificultades que pueden aparecer relacionadas con la terminación de una terapia breve, basándose en la detección de estos problemas, aunque no en su interpretación

1. **Las pacientes están preocupadas por ser abandonadas y tener ellas solas que afrontar las dificultades vitales:** El/ la terapeuta puede optar por una terminación gradual o detectar las cogniciones y supuestos de la necesidad de la presencia del terapeuta y contrastarlo con sus progresos personales y afrontamientos autónomos

- 2. Las pacientes desarrollan fuertes sentimientos positivos hacia el/ la terapeuta o el/la terapeuta hacia el paciente, no deseando la terminación de la terapia:** En este caso el/ la terapeuta puede buscar “pruebas de la realidad” para esos sentimientos y abordarlos con las pacientes si responden a distorsiones cognitivas, lo más recomendable en esta situación que se le pregunte al paciente o a sí mismo sobre qué base ha desarrollado tales sentimientos y clarificar su base cognitiva.

Por último, se menciona aquella situación que se puede dar en estos tipos de pacientes que muchas veces no ven las posibles alternativas

- 1. Prevención de situaciones de riesgo:** El/ la terapeuta con las pacientes pueden detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles situaciones de riesgo potencial relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y supuestos) y practicar con las pacientes las alternativas cognitivas – conductuales. Igualmente, se puede brindar un seguimiento postterapéutico gradual puede servir al mismo fin en un período de tres meses de la terminación, a los seis meses y un año

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo y diseño general del estudio

La investigación desarrollada es de tipo pre- experimental con un diseño de un solo grupo con medidas de pretest, postest y retest, debido a que el mismo nos sirve para aproximarnos al fenómeno que se investiga, sin olvidar que en la interpretación de los datos pueden existir varias explicaciones que llevarían a una atribución errónea del efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente Este diseño nos permite establecer inferencias causales razonables sobre lo que se investiga (Shaughnessy et. al, 2007)

Se estudió a un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas hace unos años Este grupo recibió la intervención con la terapia cognitivo-conductual que es nuestro tratamiento experimental Esta descripción del diseño de investigación con las pacientes puede ser resumido de la siguiente manera.

Pacientes diagnosticadas

Pretest	Tratamiento	Postest	Retest
O ₁	X	O ₂	O ₃

El mismo grupo fue evaluado antes de recibir el tratamiento (O1) y luego del mismo (O2) y nuevamente evaluado para ver los efectos de la intervención (O3) En dicho diseño podemos manipular la variable independiente (X), aunque no es posible el control estricto de la homogeneidad del grupo, lo que puede afectar la validez interna y externa de la investigación, ya que no se pueden controlar variables externas, no manipuladas por la investigadora. Los resultados obtenidos a través de este diseño pre – experimental no pueden ser aplicados fuera del contexto del grupo, pero no dejan de ser valiosos por la información que brindan

2 Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis correspondientes al problema planteado sobre los efectos que ejerce la terapia cognitivo-conductual en el manejo de los niveles de

depresión y calidad de vida en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, pertenecientes a la Asociación Nacional contra el Cáncer, con sede en Veraguas

- **H₁** Los niveles de depresión disminuyen significativamente en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, pertenecientes a ANCEC - Veraguas que han recibido la terapia cognitivo-conductual
- **H₀** No hay diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión, en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas pertenecientes a ANCEC - Veraguas, antes y después de recibir la terapia cognitiva-conductual
- **H₂**: Mejoran significativamente la calidad de vida aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas de ANCEC - Veraguas que han recibido la terapia cognitivo-conductual.
- **H₀** Los niveles de calidad de vida de aquellas pacientes con un diagnóstico de cáncer de mamas de ANCEC - Veraguas y que han recibido la terapia cognitivo-conductual, no muestran una diferencia estadísticamente significativa luego de la misma

3. Variables

Las diferentes definiciones desde un punto de vista conceptual como operacional, enfocadas tanto para la variable independiente como las variables dependientes, se detallan a continuación

- **Variable independiente (VI):** Terapia cognitivo-conductual
- **Definición conceptual**

Tratamiento que consiste en entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea y cómo lo que uno hace afecta nuestros pensamientos y sentimientos (Timms,2007)

- **Definición operacional**

Programa de trece sesiones divididas en diez sesiones grupales de la terapia cognitivo-conductual, una sesión individual con las participantes, una sesión con los familiares de estas pacientes y la última de seguimiento (Retest), el desarrollo de estas sesiones se dio una vez a la semana, donde trabajamos mediante docencia, técnicas conductuales, agendas, vídeo, debates, técnicas de relajación. En total este programa tuvo una duración de tres meses, iniciando las intervenciones el sábado 7 de marzo y terminando un 23 de mayo del 2015

- **Variable dependiente (VD): Depresión**

- **Definición conceptual**

El DSM – IV TR (2000) establece los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo mayor o depresión, destacando como síntomas de este trastorno del estado de ánimo un estado de ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad de sentir placer, cambio de apetito o de peso, cambios en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte

- **Definición operacional**

Corresponde a la valoración o respuesta que nos brindaron las pacientes en el Inventario de Depresión de Aron Beck, y Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde (Bobes et al, 2003) En ellos se midieron los niveles de depresión que manifestaron tener las participantes antes y después de la intervención

- **Variable dependiente (VD): Calidad de vida**

- **Definición conceptual**

Se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones importantes para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) son el funcionamiento social, físico, y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal y el bienestar emocional (Badía, 2000)

- **Definición operacional**

Respuesta al cuestionario sobre calidad de vida. Satisfacción y placer (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) encontrados en Bobes et al (2003)

4. Población y muestra

- **Población**

La población investigada estuvo representada por todas las pacientes con el diagnóstico del cáncer de mamas. Esta población fue de treinta pacientes que nos reportó la Asociación Nacional contra el Cáncer sede Veraguas por medio de sus expedientes.

- **Muestra**

La muestra se formó con las pacientes que reunieron los criterios de selección para nuestra investigación, a saber

1. Diagnóstico de cáncer de mamas
2. No padecer una enfermedad gravemente incapacitante, que pudiera afectar su participación y asistencia en las sesiones

3. Edad mínima de 30 años y máxima de 60 años

El criterio para no formar parte de la muestra fue

1. Presencia de algún trastorno previo, que requiriera medicación específica para su tratamiento

Antes de especificar la totalidad de las participantes en el programa, queremos describir las diferentes circunstancias que se presentaron en la recolección de la muestra para trabajar en el proceso de notificación (vía telefónica) e invitación personal (visita al hogar) nos encontramos con diferentes tipos de situaciones como las pacientes habían cambiado su residencia, vendido su equipo telefónico, pacientes que al momento de comunicarnos con ellas, hacían horas, meses que habían fallecido o se encontraban en su puesto de trabajo (Ej Docentes) o sus lugares de residencias se encontraban demasiado lejos del distrito de Santiago (Ej Comarca de Ñurum) Otras estaban recibiendo sus tres últimas quimioterapias en Panamá y se le hacía un poco difícil estar en las sesiones, una estaba desahuciada, otras ya habían participado en otro estudio de intervención psicoterapéutica o tenían compromisos familiares

La muestra final que se obtuvo para trabajar en el estudio fue conformada por seis participantes en total Se utilizaron otras estrategias para aumentar la muestra

- o Referencias de los doctores encargados de A N C E.C, los estudiantes de servicio social Esto dio como resultado la asistencia de una participante, pero en el mismo día desistió de formar parte del programa terapéutico
- o Promoción radial de parte de la A N C E C y MINSA el cual fue llevado a cabo por parte de la Dra. encargada de momento, también se realizó consulta con las participantes si tenían conocimiento de algún familiar, amiga para invitarla e incrementar la cantidad de asistentes. Nos informaron que algunas de las que conocían presentaban otro tipo de cáncer, otras estaban muy avanzadas de edad por lo que se haría muy difícil la movilización de las mismas hacia el lugar de sesiones

Esto hizo reducir más las probabilidades de incrementar las cantidades de participantes en este programa.

5. Técnicas e instrumentos

Para llevar a cabo la apreciación de una forma continua de las variables trabajadas en el grupo, se elaboró un protocolo de evaluación formado por los siguientes instrumentos y técnicas

5.1. Entrevista clínica

La entrevista clínica es el principal instrumento de la práctica psiquiátrica y psicológica, no es sólo el preámbulo de la exploración física o de las pruebas complementarias. En la entrevista, el establecimiento de una relación interpersonal adecuada está estrechamente ligado a la obtención de información fiable que permita establecer un diagnóstico. Este diagnóstico está asociado a un pronóstico determinado y ayuda a seleccionar el tratamiento que experimentalmente ha demostrado ser más efectivo (DSM – IV, 1994). La entrevista facilitó la búsqueda y obtención de información adicional a las sesiones grupales (Ver anexo No 1)

5.2. Inventario de depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) por Beck et al (1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, cada ítem contenía varias frases autoevaluativas que quien entrevistaba leía al/ la paciente para que este/ a seleccionase la que mejor se adaptase a su situación, sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Useros (1975) y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida.

EL BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es, dentro de las escalas de

depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

Corrección e interpretación: En la versión de 21 ítems, el valor de las respuestas de cada uno de los ítems es distinto. La persona tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El puntaje puede oscilar entre 0 a 63, revelando la intensidad de los síntomas depresivos, así tenemos que los rangos de evaluación están:

- No depresión 0-9 puntos
- Depresión leve 10-18 puntos
- Depresión moderada 19-29 puntos
- Depresión grave ≥ 30 puntos

Confiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95), la fiabilidad test- retest oscila alrededor de $r = 0,8$.

Validez: En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Su validez predictiva como instrumento diagnóstico ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0,72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13) (Conde y Useros, 1975).

5.3. Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde

Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente indica la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 20 ítems que se

agrupan en cuatro factores factor depresivo, biológico, psicológico y psicosocial descrito por Conde (1967) Cada ítem se responde según una escala Likert de cuatro valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas

El marco de referencia para esta escala es el momento actual Para evitar el sesgo del acostumbramiento en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo Se aclara que esta escala es muy utilizada en conjunto con el BDI para medir la depresión, esta escala está adaptada y validada al español por Conde (1967)

Corrección e interpretación: Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems

- Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta “Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente” vale un punto y la respuesta “casi siempre, siempre, casi todo el tiempo” vale cuatro puntos
- Los ítems en sentido negativo son los números 1, 3, 4,7-10, 13 15 y 19
- Los ítems en sentido positivo reciben mayor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta “muy poco tiempo ” vale cuatro puntos y la respuesta “casi siempre ” vale un punto-
- Los ítems en sentido positivo son los números 2, 5, 6, 11, 12, 14,16-18 y 20

Los puntos de corte propuesto en la validación español Conde (1967) son

- 20 – 35 depresión ausente
- 36 – 51 depresión subclínica y variantes normales
- 52 – 67 depresión media – severa
- 68 – 80 depresión grave

Confiabilidad: Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92)

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0 50 y 0 80

Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

5.4. Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q)

El Q- LES – Q fue desarrollado con la intención de obtener un cuestionario que midiera de forma sensible la satisfacción y placer de pacientes con su vida cotidiana. Se trata de un instrumento genérico de calidad de vida que explora la satisfacción y el placer experimentado en las siguientes ocho áreas Estado de salud (13 ítems), estado de ánimo (14 ítems), trabajo (13 ítems (solamente a contestar por las personas que están trabajando aunque sea sin remuneración (p ej , voluntariado), actividad del hogar (10 ítems (solamente para contestar por las personas responsables de la realización de algunas tareas de la casa bien para sí mismos o para otras personas), tareas de clase / curso (10 ítems (solamente para las personas que en la semana pasada han seguido o participado en algún tipo de curso o clase en un centro, escuela, colegio o Universidad), actividades de tiempo libre (6 ítems), relaciones sociales (11 ítems), actividades generales (14 ítems)

Los dos ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y satisfacción global El marco de referencia temporal es la semana pasada (Endicott et al, 1993)

Corrección e interpretación: Proporciona puntuaciones de cada una de las áreas exploradas y puntuaciones de satisfacción con la medición y satisfacción global

- Para contestar cada ítems, las pacientes disponen de una escala tipo Likert de frecuencia de cinco valores que oscila entre nunca y muy a menudo o siempre
- La puntuación para cada area se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman puntuación directa.

Los puntos de corte propuesto para la evaluación son

- 83 - 166 calidad de vida mala
- 167 - 249 calidad de vida regular

- 250 - 332 calidad de vida buena
- 333 - 415 calidad de vida muy buena

Confiabilidad: Todas las áreas del Q-LES-Q han alcanzado valores significativos del coeficiente de Cronbach. Se han obtenido coeficientes de correlación de Pearson significativos entre varias subescalas del Q-LES-Q y las cuatro dimensiones de la WHOQOL-BREF ($p < 0,01$) La correlación fue significativa para los consumidores de bazuco y de inhalantes por separado y en conjunto

Validez: La versión en portugués del Q-LES-Q posee una sólida validez interna. La versión en inglés del Q-LES-Q se adaptó adecuadamente al portugués. La versión en portugués del Q-LES-Q es un instrumento confiable tanto para investigaciones futuras como para uso clínico en consumidores de drogas en Brasil. La versión utilizada en el presente estudio es una traducción de la original (Zubaran et al, 2009)

6. Análisis estadístico utilizado

Para llevar a cabo las mediciones estadísticas que demanda nuestra investigación, las pruebas estadísticas utilizadas fueron la t de student para datos dependientes con sistemas de medidas repetidas, también se hizo la correlación de rangos ordenados de Spearman para validar las evaluaciones de dependencia entre los datos que arrojan los instrumentos de Beck y el de Zung y Conde (Aron y Aron, 2002 y Downie y Heath, 1986)

7. Procedimiento de investigación

Para el desarrollo de la investigación se procedió de la siguiente manera

- Determinación del tema de investigación y elaboración del problema respectivo
- Elaboración de objetivos y descripción del escenario
- Búsqueda de información teórica sobre el tema por investigar
- Formulación de hipótesis de investigación y nula
- Definición conceptual y operacional de las variables

- Establecimiento de contacto con el personal encargado de la asociación donde se iba a realizar la investigación
- Entrega del proyecto de investigación a la comisión encargada
- Aplicación de prueba piloto para evaluación y adaptación de los instrumentos
- Revisión de los expedientes para obtener los datos pertinentes de las pacientes que conformarían nuestra población y muestra.
- Localización de las pacientes vía telefónica y personalmente (visita al hogar), para invitarlas a participar de la investigación, explicándole los objetivos del estudio y la forma en que se desarrollarían las diferentes sesiones por realizar, aplicación de la entrevista clínica. Se les garantizó principalmente total confidencialidad de sus informaciones, se les explicó que estas sesiones no tendrían ningún gasto (Ej El transporte, los materiales utilizados también serían costeados)
- Para el desarrollo del programa terapéutico se trabajó con las pacientes voluntarias y decididas a permanecer en el mismo
- Aplicación del programa terapéutico planificado
- Tabulación, análisis, discusión e interpretación de los resultados en conexión con objetivos, hipótesis y la teoría planteada.
- Una vez extraídas las conclusiones y recomendaciones se procedió a redactar el informe final

8. Métodos de intervención

Se implementó la terapia cognitivo-conductual con el objetivo de evaluar y conocer los efectos que tiene esta terapia en el manejo de la depresión y la calidad de vida en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas en la Asociación Nacional contra el Cáncer con sede en Veraguas. El tratamiento de la terapia estuvo estructurado en trece sesiones en total diez grupales, una individual, una familiar y una de seguimiento (retest), ofrecidas una vez por semana con una duración de dos horas cada una.

Las intervenciones estuvieron divididas en tres módulos. Módulo 1 denominado los pensamientos y la ansiedad, fue conformada desde la sesión 1- 4, módulo 2: denominado las

actividades, estuvo integrado desde la sesión 5-7 (sesión individual) hasta el 8, módulo 3 las relaciones personales 9 - 11) Por último, la sesión 12 abarcó el cierre del programa y la sesión 13 fue la empleada para el retest

A continuación se presenta el contenido de cada una de las sesiones que conformaron los tres módulos desarrollados durante el tratamiento.

Módulo 1 Los pensamientos y la ansiedad

Sesión N° 1 (Grupal) “Conociendo mi problemática”

Objetivo: ayudar a las pacientes para que conozcan sobre la problemática que las pueden estar aquejando y el desarrollo que ha tomado la misma en sus vidas

Actividad de inicio

Antes de iniciar la sesión propiamente dicha, se desarrolló la dinámica de la “telaraña” con el objetivo de lograr la integración del grupo. Las participantes se presentaron y cada una expresó su nombre, característica personal y cómo les gustaría que la llamen durante todas las sesiones y lo que esperaban encontrar en ellas.

Actividad intermedia

Aquí se abordó el cronograma de atención para la visualización de las fechas que se iban a trabajar en el programa terapéutico, para hacer los ajustes necesarios y contar con su presencia en todas las sesiones, se les entregó el cronograma. En esta sesión se hizo mucho énfasis en la importancia de la vinculación en la relación terapéutica entre participantes y profesional, también se les indicó que el programa cuenta con un fondo de apoyo para el traslado de aquellas

Actividad de cierre

Luego de haber expuesto y discutido los puntos anteriores, se hizo una introducción en lo concerniente al proceso psicoeducativo, haciendo énfasis principalmente en cómo se da la

relación entre el pensamiento – la conducta – y estado emocional, atendiendo las dudas y consultas que hicieron las participantes

Después se les entregó un modelo de tarjeta totalmente en blanco donde la portada tenía estampada con dibujo tal cual como ellas se perciben, en la parte interior escribir un calificativo que las identificó. Además, colocaron sus expectativas con relación al proceso que iniciaban. Luego de haber elaborado la tarjeta se colocó en un mural que llevaba el nombre sugestivo de “Mi recorrido”

Finalizada la actividad de cierre, se les asignó una tarea para la casa, donde debían evaluar diariamente su estado de ánimo en un formato nombrado “Termómetro del estado de ánimo”, se explicó cómo debía ser llenado este instrumento. Para terminar, cada sesión sabatina se ofreció un pequeño brindis para recuperar fuerzas y afianzar los lazos de compromisos entre pacientes y terapeuta.

Sesión N° 2 (Grupal) “Conozco mis pensamientos”

Objetivos: Lograr que las participantes evalúen y analicen la forma en que sus pensamientos irracionales afectan su estado de ánimo, su propia realidad, a un nivel personal, familiar o profesional, llevándolas a incrementar su estado de ansiedad

Actividad de inicio

La terapeuta les aplicó a las pacientes la técnica de relajación nombrada “Relajo mi mente y mi cuerpo” que está enfocada directamente con la terapia de relajación progresiva de Jacobson. Se les informó a las pacientes que leyeran el nombre y mensaje de la sesión en el power - point, para posteriormente proporcionarle información del módulo sobre “los pensamientos” (saludables y dañinos) y la realidad (interna y externa)

Actividad intermedia

Luego se les solicitó que identificaran en una lista aquellas distorsiones cognitivas y sus alternativas de solución. Luego que las pacientes identificaron cada una un pensamiento,

hicieron un grafiti de esos pensamientos Después realizaron una discusión de las alternativas de solución

Actividad de cierre

Al finalizar la sesión, la terapeuta revisó las tareas sobre el termómetro del estado de ánimo, así como indagó la evaluación de la sesión, para luego asignarle la próxima tarea sobre “los pensamientos” Esta consistió, en que las pacientes identificaran los pensamientos recientes y cómo se sintieron con respecto a ellos para transcribir en el autorregistro que se le asignó, recordándoles llenar el termómetro del estado de ánimo

Sesión N°3 (Grupal) En búsqueda de soluciones

Objetivo: Evaluar la funcionalidad de los pensamientos y creencias irracionales que han desarrollado en ellas, a raíz de su diagnóstico, como también la apreciación de su estado de ánimo

Actividad de inicio

El inicio de esta sesión fue con la dinámica el saludo, donde se emplearon las diferentes partes del cuerpo y con estas se iban saludando y formaron grupos con los números Elaboraron señales con las partes que se le indicaba utilizando el número correspondiente Posteriormente cuando un grupo quedaba en la posición de un número realizado anteriormente, tenían que hacer de nuevo la clave que el grupo hizo en esa posición

Actividad intermedia

Terminada la dinámica del saludo se empleó la técnica del desahogo donde las pacientes escribieron en un papel aquello que querían desprenderse en ese momento, que no le gustó, lo que le gustó y lo que deseaba cambiar de la enfermedad con la cual lograron relajarse o pudieron sentirse cómodas Se prosiguió a revisar la tarea del autorregistro “los pensamientos” y el termómetro del estado de ánimo Posteriormente se le entregó un artículo sobre “Cómo discutir las distorsiones cognitivas”, esto lo realizamos a través de la técnica el

debate en donde las pacientes evaluaron de la “supuesta funcionalidad y rentabilidad de los pensamientos” que tienen de momento.

Actividad de cierre

Para darle cierre a la sesión pasamos a realizar la dinámica de mis porqués, donde se le solicitó a cada participante que plasmara en la pared (están pegadas unas láminas que identificadas con las frases ¿Por qué? ¿Por quién? y mi compromiso) ¿Por qué se originan esos pensamientos en mí? ¿Por quién ella cambiaría esos pensamientos negativos? y ¿Cuál sería su compromiso de ahora en adelante para no dar más cabida a pensamientos negativos?

Por último, se les entregó a las asistentes el registro de la triple columna para realizarlo en casa, para conocer los diferentes elementos que conforman sus pensamientos, el desarrollo y sus consecuencias, como el termómetro del estado de ánimo Finalizando la hora se evaluó la intervención del día qué les pareció, qué no les gustó y qué hay que mejorar, tomando anotación de las mismas

Sesión N° 4 (Grupal) “Repaso”

Objetivo: Reforzar y modificar los conocimientos aprendidos hasta el momento por parte de nuestras pacientes con relación a sus pensamientos negativos y positivos, creencias, estado de ánimo También verificar el desarrollo del módulo tratado

Actividad de inicio

Antes de iniciar la sesión se realizó la oración inicial por parte de una las participantes Luego de haber terminado la parte espiritual, se procedió a efectuar la dinámica de inicio, esto consistió en ejecutar ejercicios de estiramiento por medio de una canción de merengue con la cual pusieron bastante dinamismo y alegría a las actividades que se iban a cumplir en el día.

Actividad intermedia

Durante esta intervención, la terapeuta y las pacientes hicieron un repaso de toda la información brindada, así como de aquellas actividades que fueron proporcionadas durante las sesiones anteriores. Todo esto se hizo por medio de la dinámica de la silla caliente, donde las participantes giraban alrededor de las sillas y cuando se daba la señal de parar, la participante que quedaba levantada se le hacía una pregunta, de no poderla contestar podía pedir ayuda a sus compañeras y responder.

Posteriormente, se les dio información sobre el aumento de los pensamientos saludables con una discusión al respecto de un video de la autora Elsa Punset sobre Inteligencia emocional, los malos pensamientos y la funcionabilidad de contrarrestarlo para nuestro organismo.

Actividad de cierre

Después de haber visto el video para darle final a nuestra sesión del día, se llevó a cabo la dinámica de cierre llamada Menú del día, la cual se describe de la siguiente manera: a las participantes se les pegó en su espalda una hoja en blanco, escribieron sus compañeras, recomendaciones para tener pensamientos saludables, terminada la escritura cada participante hizo lectura de su página y emitió un comentario al respecto.

Después se hizo la evaluación de la sesión del día. Se entregó la asignación de la tarea para casa sobre la definición de actividades agradables, desagradables y la importancia de desarrollarlas, más el termómetro del estado ánimo.

Módulo 2 Las actividades

Sesión N° 5 (Grupal) “Incorporando mis actividades”

Objetivo: Evaluar e incrementar las actividades agradables que realizaban nuestras pacientes antes de desarrollar su sintomatología actual.

Actividad de inicio

Se dio inicio al módulo II “las actividades”, utilizando la técnica del gusano donde las participantes llevaron un mensaje, lo dramatizó la terapeuta y entre cada una sin hablar solo con gesto este mensaje llegó al final de la columna. Esto para ejemplificar y dar apertura cómo nosotros mismos hacemos distorsionar nuestras acciones, pensar y por ende todo lo que disfrutamos se ve afectado por la mala codificación, quedamos a merced de lo que percibimos y en función de eso llegamos a enfrentar nuestro diario vivir y dejamos a un lado el disfrute

Actividad intermedia

Después, la terapeuta revizó la tarea asignada y realizó un conversatorio sobre el porqué de sus estados de ánimo y una retrospectiva de las actividades anteriores y las actuales y los cambios trascendentales que han tenido que hacer

Actividad de cierre

Por último y aunado a lo expuesto anteriormente, se desarrolló la dinámica de cierre “Yo optimista”, en donde la terapeuta hizo un cuadro con tres columnas una con los recuerdos que más las hacen felices, la segunda columna con las personas que más quieren y la tercera columna se llenó con un deseo que quisieran alcanzar o realizar para el futuro enfocado directamente con una actividad que las llena de satisfacción

Sesión N° 6 (Grupal) “Emprendiendo nuevos retos”

Objetivo: Analizar y evaluar actividades aplazadas por el desarrollo de la sintomatología actual y el posible restablecimiento de actividades agradables en las pacientes después de las atenciones recibidas o por recibir

Actividad de inicio

Se realizó la oración de costumbre, lo dirigió una de nuestras participantes antes de iniciar nuestra sesión para obtener esa conexión directa con nuestro Creador. Se organizó la exposición y discusión de un caso sobre una de las participantes del programa que se vio expuesta a un mal manejo de diagnóstico por parte de profesionales no idóneos de la salud, afectando su estado existencial.

Actividad intermedia

Se organizó la elaboración de tembleques, a las participantes se les expresó que olvidaran sus resistencias, pensamientos negativos “No los puedo hacer”, “me voy a enredar” “Es complicado”, se les manifestó que todas íbamos a empezar de cero, que la explicación se realizaría lenta y pausada, que preguntaran lo que quisieran y cuando quisieran, aunque les pareciera de poca importancia.

Actividad de cierre

Se les indicó a las participantes que las partes faltantes del tembleque de mariposa lo deberían terminar en casa y para la próxima semana traerlos para ver cómo terminaron y si hay que hacerles algunos arreglos se les pueda realizar. Durante la semana enviar las evidencias fotográficas que realizaron los tembleques y qué les pareció hacerlos, esto por medio del recurso del whatsapp. Luego de haber expuesto esa información, se realizó la evaluación de la sesión.

Sesión N°7 (Individual) “Mi desahogo”

Objetivo: Lograr que la paciente identifique cuáles son los pensamientos, creencias o situaciones (personales, familiares o sociales) que influyen en ella como sus actividades y le puede impedir tener un mejor desempeño para enfrentar la característica de su enfermedad.

La terapeuta inició con la técnica de relajación “Me relajo”, para proseguir con la atención. Se le presentó a la participante una serie de pasos para resolver los problemas y

vencer los obstáculos que le impedían realizar actividades saludables, laborables y familiares, en la cual la paciente manifestó ejemplos de cómo resolver algunos

Se buscó principalmente que la paciente pudiera realizar su catarsis con la profesional sobre aquella/s situaciones que puede estar presentado y que se le hace difícil expresar en grupo y que es parte fundamental en el deterioro de su estado anímico y para su recuperación. Esta sesión varió porque cada paciente presentó una realidad totalmente distinta a la otra y de acuerdo con ello se hizo el abordaje terapéutico (SESIÓN de ABC)

Al terminar, la paciente procedió a evaluar la sesión y a recibir algunas orientaciones o recomendaciones al respecto. La información obtenida en este conversatorio se recogió y registró por medio de un historial clínico, también se le solicitó como tarea la redacción de un testimonio que podría ser expuesto al público.

Sesión N° 8 (Grupal) “Establezco metas” Elaboración de mural

Objetivo: Lograr que las pacientes den a conocer al medio las diferentes vicisitudes que han tenido que enfrentar por las diversas percepciones que tienen las personas de la sociedad. También que visualicen y plasmen metas por alcanzar, ya sea a corto, mediano y largo plazo con relación a sus tres entidades: persona, familia y trabajo.

Actividad de inicio

Se inició con la oración habitual. Después se procedió a explicarles a las participantes lo que se tenía planificado que consistió en la elaboración de un mural con cada uno de sus testimonios al igual que su autorización. El mural se montó con unas mariposas de colores hechas con fomi, cortar y decorados con hojas de colores.

Actividad intermedia

El mural se colocó en la Facultad de Psicología, para que la población que visita y estudia en la Universidad pueda conocer de las diferentes incertidumbres que pasan estas pacientes antes, durante y después de la enfermedad. Se discutió en grupo lo plasmado en el mural.

Actividad de cierre

Luego se les entregó una hoja en blanco para que en sus casas realicen la siguiente actividad llamada mi meta. Las pacientes debieran visualizar y plasmar toda la trayectoria que ha tenido desde el inicio de la enfermedad, hasta el momento de la actividad, destacando sus obstáculos y fortalezas. Al final del camino debían colocar cuál es su meta a corto, mediano y largo plazo con relación a sus tres entidades, persona, familia, trabajo, en función de su padecimiento. También que llenaran el termómetro del estado de ánimo para monitorear cómo está su ánimo durante la semana.

Módulo 3 Las relaciones personales

Sesión N° 9 (Grupal) “Mis apoyos sociales”

Objetivo: Conocer la importancia e influencia de las relaciones personales, sociales y familiares en el avance o disminución de la problemática en las pacientes

Actividad de inicio

Se desarrolló con la oración inicial, revisión de la tarea y el análisis de los módulos anteriores

Actividad intermedia

Se inició con el abordaje de un conversatorio donde se intercambiaron opiniones, se explicó sobre las relaciones personales, el apoyo social y la influencia positiva o negativa que puede ejercer en el avance o disminución de su problemática. Luego de ese intercambio cada participante expuso su tarea acerca de mi meta ante las demás participantes

Actividad de cierre

Después que cada participante expuso su meta, se dio la realimentación correspondiente, se adelantó las partes correspondiente para la manualidad que se realizarían para cada una de ellas, esto es una “Fofucha” para que en la penúltima sesión se pueda terminar

Después la terapeuta les asignó la tarea “personas importantes en mi vida y cómo me apoyan”, más la llenada del termómetro del estado de ánimo. A lo último se evaluó la sesión y recordó a las participantes que en la próxima sesión asistirían sus familiares

Sesión N°10 (Familiares) “Relaciones interpersonales”

Objetivo: Lograr que las pacientes identifiquen y propongan estrategias para realizar con la familia y los compañeros para restablecer aquellas conexiones que se encuentran deterioradas o aplazadas por su problemática.

Actividad de inicio

Antes de iniciar la sesión programada para el día con los familiares de nuestras participantes, se hizo la oración de costumbre, se organizó también la lectura del homenaje a las “vencedoras”, elaborado por una de las asistentes (lo realizó en sesiones anteriores). Luego de haber escuchado el homenaje cada una de las “vencedoras” se presentó ante el resto de las/os participantes, expresando su nombre, edad, cuántos años tiene de haber sobrevivido al cáncer, sus obstáculos y fortalezas en ese tiempo, al final presentó a su acompañante

Actividad intermedia

Una vez que se presentaron todas las participantes y sus acompañantes, la terapeuta explicó y aplicó la técnica “Juego del papel”. A cada participante se le entregó una hoja en blanco, el siguiente paso fue rasgarlo coreando la consigna “Vamos a jugar el juego del papel, papel arriba, papel abajo, papel a un lado, al otro lado rasgar rasgar etc

Terminado esto, se reunió a cada familia en una parte del lugar, utilizaron los papeles rasgados para formar una figura que ejemplificó lo que querían fortalecer u obtener de sus familiares Terminada esta parte, cada familia escogió a un miembro que expuso lo concerniente al objetivo de la técnica.

Actividad de cierre

Transcurridas las exposiciones de cada uno de los grupos, se procedió a realizar la actividad de cierre de la sesión, que consistió en “Mis porqué” Se utilizó esta actividad de cierre debido a que en la tercera sesión no se pudo realizar por motivo de poca asistencia de las participantes y se vio oportuno la aplicación en esta sesión

Se le indicó a cada participante que en la pared están pegadas unas láminas identificadas con las frases ¿Por qué?, ¿Por quién? y Mi compromiso Esto con el objetivo que los participantes plasmen por qué seguiría brindando su apoyo a su familiar, por quién ella o él cambiaría esos pensamientos negativos que pueden interferir en ese sostén emocional y cuál sería su compromiso de ahora en adelante con su familiar

Sesión N° 11 (Grupal) “Alcanzando el bienestar”

Objetivo: Identificar el estado de salud y ánimo mediante la elaboración de la muñeca de fomi que había quedado pendiente en la sesión número nueve

Actividad de inicio

Como en todas las sesiones, antes de iniciar siempre una de las participantes hace el espacio para tener una conexión con ese ser tan especial que nos tiene con salud, gozo y bienestar el Creador También se hizo un repaso de la sesión familiar y las participantes nos expresaron sus opiniones

Actividad intermedia

Luego de haber intercambiado esos momentos con las participantes, se les entregó el termómetro del estado de ánimo para evaluar cómo se encontraban en el día de hoy antes de iniciar la elaboración de la muñeca

Actividad de cierre

Cada una de las participantes tenía sus materiales organizados y cortados esto se había aglizado en la novena sesión, las participantes tenían que ir ensamblando, pegando las partes de las muñecas que no fueran tan complicadas, guiándose con el modelo original, colocándole cada una de las partes, observando que cada una de las asistentes pudiera mantener ese sentido de independencia con las actividades que realizaba, que había olvidado y, sobre todo, se divirtiera en grupo

Sesión N° 12 (Grupal) “Cierre del programa”

Objetivo: Realimentar los puntos principales y analizar el estado de ánimo de las participantes Realizar viaje en grupo para despedida del programa.

En esta última sesión del programa se llegó a determinar que el cierre del mismo lo haríamos totalmente diferente, recreativo y divertido Consistió en realizar un viaje a Puerto Mutis con el objetivo de conocer, compartir y fortalecer la integración del grupo En el mismo se visitó la iglesia que se encuentra en el puerto, paseamos en lancha, se recorrió el lugar y las diferentes instalaciones de las instituciones que lo conforman Luego de hacer el recorrido nos concentramos en compartir un delicioso y sano almuerzo a orillas del Puerto, donde se realizó la entrega de un presente (portarretrato de la sesión familiar) a cada una, como muestra de cariño y agradecimiento por participar en el programa.

También se les hicieron preguntas sobre la utilidad, aplicabilidad del programa y se reiteraron los mecanismos para mantenerse en contacto Posteriormente, se aplicó el

Inventario de Depresión de Aron Beck, la Escala autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde y el Cuestionario sobre calidad de vida: Satisfacción y placer

Sesión N° 13 “Retest”

Objetivo: Comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas en las pacientes, a través de un taller- conversatorio

Luego de haber transcurrido un período de siete semanas, se solicitó la presencia de las participantes para realizar una sesión de seguimiento. En dicha sesión se volvieron a aplicar los diferentes inventarios propuestos en la investigación.

Esta sesión se organizó por medio de una jornada de capacitación llamada “Por una mejor calidad de vida”, con las participantes del programa. La capacitación fue llevada por especialistas en nutrición de las instituciones del MINSA y Caja del Seguro Social, como también la especialidad de psicología, donde se le brindaron nuevas y tradicionales dietas alimenticias para antes, durante y después de la enfermedad, esto enfocado tanto para el paciente como en el entorno familiar donde habita.

También se le abordó la parte de la actividad física que debe emprender y desarrollar un paciente con cáncer; por último, en la capacitación se abordó el factor psicológico relacionado con el manejo de la enfermedad cancerígena tanto para pacientes como a cuidadores.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la muestra total que participó en esta investigación cuyas variables estudiadas fueron depresión y calidad de vida.

CUADRO No 1

Características generales del grupo de investigación

Sujeto	Sexo	Edad	Estado civil	Hijos	Educación
1	F	45	separada	3	universidad
2	F	52	casada	1	universidad
3	F	39	unida	2	universidad
4	F	64	soltera	-	media
5	F	48	casada	3	media
6	F	40	separada	1	universidad

Fuente: Entrevista clínica a participantes

Este cuadro expone las características generales del grupo de investigación, el cual estuvo conformado en un 100% por mujeres. La persona más joven del grupo tiene 39 años y la mayor, 64. La media para este grupo de investigación es de 48 años. El 33,3% está separada, 33,3% casada, 16,7% unida y 16,7% está soltera. En cuanto al nivel de educación, 66,7% tiene estudios universitarios y el 33,3% presenta estudios de educación media.

Por otra parte, cinco de las seis pacientes que representa el 83,33% tienen hijos/as y el 16,67% no tienen hijos/as. Otro dato importante que podemos rescatar es que tres de las seis pacientes que representa el 50% tienen de dos a más hijos/as y el otro 50% no tiene hijos/as o solo tienen uno.

CUADRO No.2

Puntuaciones originales obtenidas en la escala de autoevaluación para la depresión de Zung y Conde. Pretest, postest y retest.

Sujetos	Pretest	Nivel depresivo	Postest	Nivel depresivo	Retest	Nivel depresivo
1	47	subclínica y variantes normales	37	subclínica y variantes normales	37	subclínica y variantes normales
2	48	subclínica y variantes normales	39	subclínica y variantes normales	49	subclínica y variantes normales
3	44	subclínica y variantes normales	48	subclínica y variantes normales	32	ausente
4	50	subclínica y variantes normales	38	subclínica y variantes normales	35	ausente
5	44	subclínica y variantes normales	36	subclínica y variantes normales	35	ausente
6	53	media - severa	34	ausente	48	subclínica y variantes normales
n= 6	\bar{X} = 47.67	subclínica y variantes normales	\bar{X} = 38.67	subclínica y variantes normales	\bar{X} = 39.33	subclínica y variantes normales
	S = 3.20		S = 4.46		S = 6.65	
	S² = 10.22		S² = 19.89		S² = 44.22	

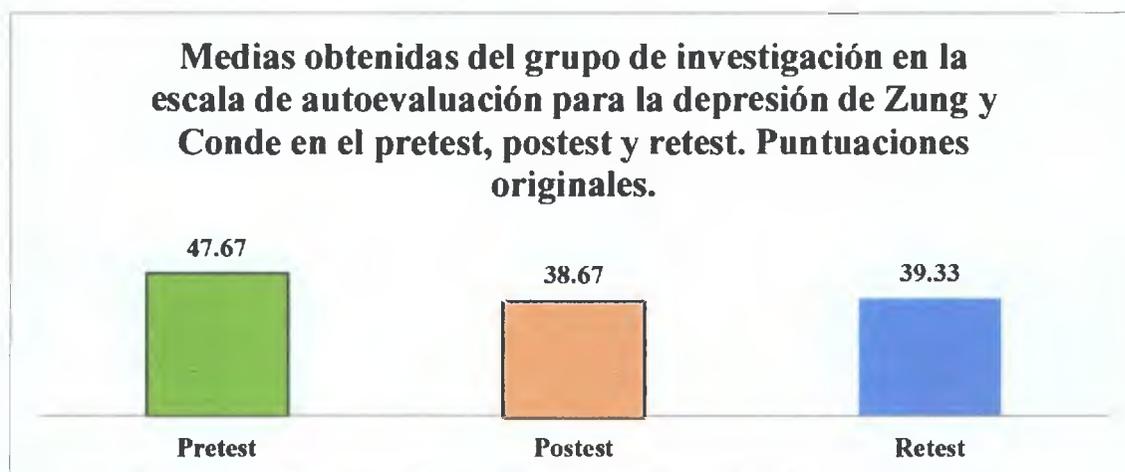
Fuente Zung y Conde aplicada a la muestra estudiada.

El presente cuadro muestra los resultados generales de la prueba aplicada al grupo de investigación en el momento del pretest, postest y retest. En la escala de autoevaluación de depresión de Zung y Conde, el grupo de investigación en la evaluación del pretest obtuvo una \bar{X} de 47.67 (correspondiente a una depresión subclínica y variantes normales) y sólo una participante con rasgo hacia una depresión media – severa), y con una DS de 3.20, la menor de los tres momentos evaluados.

En la evaluación del postest, el grupo de investigación en la escala de autoevaluación de depresión de Zung y Conde obtuvo una \bar{X} de 38.67 (correspondiente a una depresión subclínica y variantes normales) siendo menor que la obtenida en el pretest.

En la evaluación del retest la escala de autoevaluación de depresión de Zung y Conde el grupo de investigación obtuvo una \bar{x} de 39.33 (correspondiente a una depresión subclínica y variantes normales) ligeramente superior al postest pero aun reflejan que transcurrido el período de tiempo estipulado para la investigación, las pacientes sostienen una mejoría en el estado de ánimo; ello refleja un efecto positivo a corto plazo de la terapia cognitivo conductual. Podemos visualizar estas puntuaciones descritas en la gráfica # 1 sobre las medias obtenidas.

GRÁFICA No. 1



Fuente: Escala de autoevaluación de Zung y Conde aplicada a la muestra estudiada.

La gráfica No.1 muestra las estadísticas en el grupo de investigación en la escala de autoevaluaciones de depresión de Zung y Conde. Los promedios revelan que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media que señala un estado de ánimo dentro de la norma (media: 47.67) una depresión subclínica y variantes normales, igualmente el postest reflejó que las participantes de la investigación presentaron un estado de ánimo hacia la normalidad, buscando un mejor equilibrio emocional.

En la evaluación del postest, el estado de ánimo depresivo del grupo de participantes disminuyó sus niveles. Siete semanas después (retest) el promedio de las participantes

presenta un leve aumento lo cual puede sugerir efectos diferenciales de la TCC en las participantes, corroborado en las desviaciones estandares en cada caso

CUADRO No. 3

Puntuaciones originales obtenidas en el Inventario de depresión de Beck (BDI) pretest, postest y retest.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)						
Sujetos	Pretest	Nivel depresivo	Postest	Nivel depresivo	Retest	Nivel depresivo
1	13	Leve	6	No depresión	6	No depresión
2	13	Leve	10	Leve	6	No depresión
3	9	No depresión	8	No depresión	4	No depresión
4	15	Leve	8	No depresión	8	No depresión
5	5	No depresión	6	No depresión	6	No depresión
6	23	Moderada	16	Leve	3	No depresión
n= 6	$\bar{X}= 13$	Leve	$\bar{X} = 9$	No depresión	$\bar{X}= 5.5$	No depresión
	S = 5.54		S = 3.42		S = 1.61	
	S ² = 30.67		S ² = 11.67		S ² = 2.58	

Fuente: Inventario de depresión de Beck (BDI) aplicado a las participantes

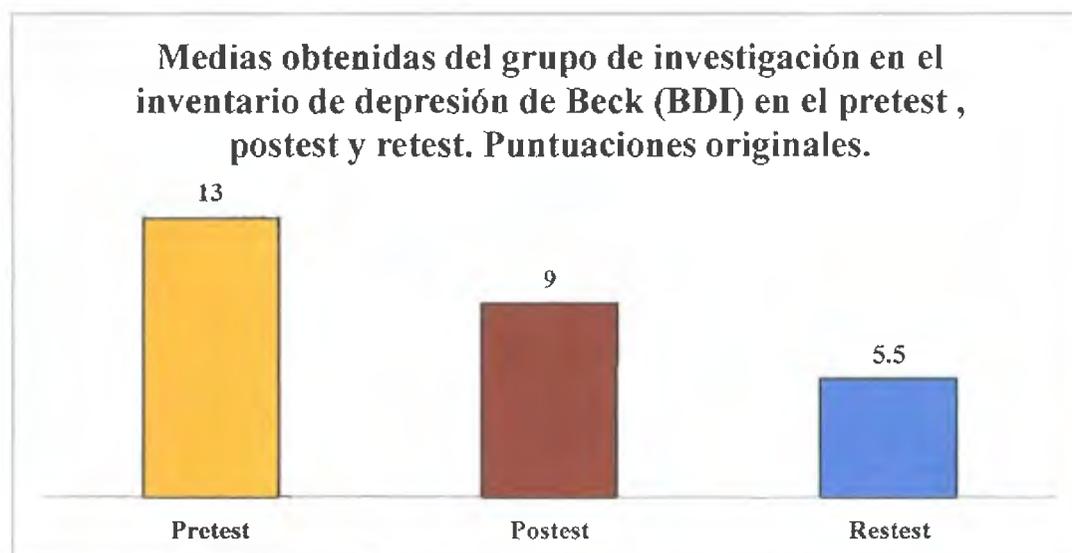
El cuadro No 3 contiene las puntuaciones originales del pretest, postest y retest del inventario de depresión de Beck. Se puede observar en el cuadro que según el promedio en el pretest existen indicios suficientes para diagnosticar depresión leve en el estado de ánimo de las participantes. A su vez, los resultados del postest indican una mejora considerable en el estado de ánimo, señalando que hubo cambios en la conducta después de la aplicación terapéutica.

En cuanto al retest, a siete semanas de aplicada la terapia cognitivo-conductual, las tres participantes siguieron disminuyendo y las otras tres manteniendo sus niveles de depresión. También se observa en el cuadro No 3, que las desviaciones estándar (s) disminuyen en cada momento de aplicación. Esto indica que la dispersión de las puntuaciones en BDI es

menor en cada caso. Es decir, las puntuaciones son semejantes o varían menos de su respectiva media.

En la gráfica No. 2 se puede observar las comparaciones de las medias obtenidas en el pretest ($\bar{x}=13$) en el posttest ($\bar{x}=9$) y por último, en el retest ($\bar{x}=5.5$).

GRÁFICA No. 2



Fuente: Inventario de depresión de Beck (BDI)

CUADRO No.4

Puntuaciones originales obtenidas en el cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q). Pretest, postest y retest.

Cuestionario sobre calidad de vida Satisfacción y placer						
Sujetos	Pretest	Nivel Calidad de vida	Postest	Nivel Calidad de vida	Retest	Nivel Calidad de vida
1	306	Buena	316	Buena	240	Regula
2	328	Buena	298	Buena	351	Muy Buena
3	242	Regular	320	Buena	286	Buena
4	278	Buena	351	Muy Buena	351	Muy Buena
5	409	Muy Buena	378	Muy Buena	378	Muy Buena
6	248	Regular	281	Buena	395	Muy Buena
n= 6	\bar{X}= 301 83	Buena	\bar{X}= 324	Buena	\bar{X}= 333 5	Muy Buena
	S = 56 62		S = 32 28		S = 53 81	
	S ² = 3205 47		S ² = 1041 67		S ² = 2895 58	

Fuente Puntuaciones de las participantes en el Cuestionario de calidad de vida aplicado

El cuadro muestra las puntuaciones del pretest, postest y retest del Cuestionario de calidad de vida Satisfacción y placer aplicado al grupo de investigación. Se puede observar que la media que presenta el pretest ($\bar{X} = 301 83$) varía con la media que marcó el postest ($\bar{X} = 324$), entendiéndose que en el pretest se logró una calidad de vida buena y en el postest el grupo obtuvo una calidad de vida buena para los niveles de satisfacción y placer, evaluación que se eleva en el retest.

En la gráfica No 3 se puede observar más claramente dicho comportamiento. El grupo mejoró su calidad de vida a un nivel muy bueno ($\bar{X} = 333 5$), luego de haber transcurrido un período de siete semanas, lo cual hace suponer que los efectos del tratamiento se mantienen, pero que no fue lo suficiente como para indicar cambios significativos estadísticamente hablando, como se puede observar en la prueba t realizada (ver cuadro No 10 en página 95).

GRÁFICA No. 3



Fuente: Cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer Q-LESQ aplicadas a las participantes

Dado que “cuanto menor es la muestra, más difícil es notar que proviene de una población normal” (Aron A. y Aron E., 2002:496) se aplica el procedimiento matemático denominado transformación de datos. Para este estudio se aplicó una transformación raíz cuadrada: en lugar de usar cada valor, se utiliza su raíz cuadrada. De esta manera, la distribución se vuelve menos asimétrica y se acerca más a lo normal.

Con los datos así transformados, aplicamos la prueba t para datos dependientes, para conocer si existe diferencia significativa en los niveles de depresión antes y después de implementada la TCC en mujeres con cáncer de mamas.

CUADRO No. 5

Puntuaciones originales y transformadas de cada uno de los instrumentos aplicados. Pretest, postest y retest

Escala de autoevaluación de Zung y Conde							Inventario de depresión de Beck (BDI)						Cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q)					
S	Pretest		Postest		Retest		Pretest		Postest		Retest		Pretest		Postest		Retest	
n=6	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}	X	\sqrt{x}
1	47	6.86	37	6.08	37	6.08	13	3.61	6	2.45	6	2.45	306	17.49	316	17.78	240	15.49
2	48	6.93	48	6.93	49	7.00	13	3.61	10	3.16	6	2.45	328	18.11	298	17.26	351	18.74
3	44	6.63	39	6.24	32	5.66	9	3.00	8	2.83	4	2.00	242	15.56	320	17.89	286	16.91
4	50	7.07	38	6.16	35	5.92	15	3.87	8	2.83	8	2.83	278	16.67	351	18.74	351	18.74
5	44	6.63	36	6.00	35	5.92	5	2.24	6	2.45	6	2.45	409	20.22	378	19.44	378	19.44
6	53	7.28	34	5.83	48	6.93	23	4.80	16	4.00	3	1.73	248	15.75	281	16.76	395	19.88
Σ	286	41.4	232	37.24	236	37.51	78	21.13	54	17.72	33	13.91	1811	103.80	1944	107.87	2001	109.20
\bar{X}	47.67	6.9	38.67	6.21	39.33	6.25	13	3.52	9	2.95	5.5	2.32	301.83	17.3	324	17.98	333.5	18.2
S	3.20	0.23	4.46	0.35	6.65	0.52	5.54	0.78	3.42	0.53	1.61	0.36	56.62	1.58	32.28	0.89	53.81	1.52
S ²	10.22	0.05	19.89	0.12	44.22	0.27	30.67	0.61	11.67	0.28	2.58	0.13	3205.47	2.51	1041.67	0.79	2895.58	2.32

Fuente: Instrumentos aplicados a la muestra estudiada

CUADRO No. 6

Prueba t para medidas dependientes escala de autoevaluación Zung y Conde

	Pretest	Postest
Media	6 9	6 21
Varianza	0 05	0 12
Numeros de sujetos	6	6
Grados de libertad	5	
Alfa (α)	0 05	
t observada	- 3 45	
t critica de una cola	-2 015	

Fuente: Medidas obtenidas por la investigadora

Prueba de hipótesis

$$H_0 \mu_D \geq \mu_A$$

$$H_1 \mu_D < \mu_A$$

$$\alpha = 0 05$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < a - 2 015$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como $t_{\text{observada}} = -3 45$ es menor que $t_{\text{calculada}} = -2 015$, podemos afirmar que se rechaza la hipótesis nula y se sostiene la hipótesis de investigación que afirma que los niveles de depresión disminuyeron significativamente en las mujeres con cáncer de mamas luego que recibieron la terapia cognitivo-conductual

CUADRO No. 7

Prueba t para medidas dependientes escala de autoevaluación Zung y Conde

	Pretest	Retest
Media	6.9	6.25
Varianza	0.05	0.27
Numero de sujetos	6	6
Grados de libertad	5	
Alfa	0.05	
t observada	-2.6	
crítica de una cola	-2.015	

Fuente: Medidas obtenidas por la investigadora

Prueba de hipótesis

$$H_0: \mu_R \geq \mu_A$$

$$H_1: \mu_R < \mu_A$$

$$\alpha = 0.05$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < -2.015$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como $t_o = -2.6$ es menor que $t_c = -2.015$ se rechaza la hipótesis nula y se sostiene la hipótesis de investigación que dice que el grupo de investigación disminuye los índices de depresión, luego de la terapia cognitivo-conductual, indicando que existe suficiente evidencia estadística que apoya la hipótesis que señala que el tratamiento mejoró los estados de ánimo en las pacientes, aun después de siete semanas de culminada la terapia.

CUADRO No. 8

Prueba t para medidas dependientes Inventario de depresión de Beck (BDI).

	Pretest	Postest
Media	3 52	2 95
Varianza	0 61	0 28
Numeros de sujetos	6	6
Grados de libertad	5	
Alfa α	0 05	
t observada	-2 59	
t crítico de una cola	-2 015	

Fuente: Medidas obtenidas por la investigadora.

Prueba de hipótesis

$$H_0: \mu_D \geq \mu_A$$

$$H_1: \mu_D < \mu_A$$

$$\alpha = 0 05$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < t_c - 2 015$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Se puede observar en el cuadro de puntuaciones que la t_o es menor que la t_c , por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se sostiene la hipótesis de investigación, indicándonos que las participantes que recibieron la terapia cognitivo-conductual disminuyeron significativamente sus niveles de depresión

CUADRO No. 9

Prueba t para medidas dependientes Inventario de depresión de Beck (BDI)

	Pretest	Retest
Media	3 52	2 32
Varianza	0 61	0 13
Numeros de sujetos	6	6
Grados de libertad	5	
Alfa α	0 05	
t observada	-2 79	
t crítica de una cola	-2 015	

Fuente: Medidas obtenidas por la investigadora

Prueba de hipótesis

$$H_0 \mu_R \geq \mu_A$$

$$H_1 \mu_R < \mu_A$$

$$\alpha = 0 05$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < t_c - 2 015$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Se rechaza la hipótesis nula y se sostiene la hipótesis de investigación. La evidencia estadística indica que el tratamiento cognitivo-conductual que recibió el grupo de participantes ayudó a disminuir significativamente la indecisión, insatisfacción, sensación de fracaso, aun después de siete semanas de culminada la terapia.

CUADRO No. 10

Prueba t para medidas dependientes Cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q).

	Pretest	Postest
Media	17 3	17 98
Varianza	2 51	0 79
Numero de sujetos	6	6
Grados de libertad	5	
Alfa α	0 05	
t observada	1 22	
t crítica de una cola	2 015	

Fuente Medidas obtenidas por la investigadora.

Prueba de hipótesis

$$H_0 \mu_D \leq \mu_A$$

$$H_1 \mu_D > \mu_A$$

$$\alpha = 0 05$$

RD Se rechaza la H_0 si t observada es $>$ a t_c 2 015 de lo contrario no se rechaza.

D No se rechaza la H_0

Interpretación

Como $t_o = 1 22$ es menor que $t_c = 2 015$ no se puede rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto los niveles de calidad de vida de aquellas pacientes con un diagnóstico de cáncer de mamas y que han recibido la terapia cognitivo-conductual no muestra una diferencia estadísticamente significativa antes y después de recibirla.

CUADRO No. 11

Prueba t para medidas dependientes Cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES.Q).

	Pretest	Retest
Media	17 3	18 2
Varianza	2 51	2 32
Número de sujetos	6	6
Grados de libertad	5	
Alfa α	0 05	
t observada	1 02	
t crítica de una cola	2 015	

Fuente Medidas obtenidas por la investigadora

Prueba de hipótesis

$$H_0 \mu_R \leq \mu_A$$

$$H_1 \mu_R > \mu_A$$

$$\alpha = 0 05$$

RD Se rechaza la H_0 si t observada > a t_c 2 015 de lo contrario no se rechaza

D No se rechaza la H_0

Interpretación

Como podemos observar en el cuadro t_o no es mayor que la t_c , por lo tanto no se rechaza la H_0 , que dice que no hay una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de calidad de vida de aquellas pacientes con diagnóstico de cáncer de mamas antes y después de recibida la terapia cognitivo-conductual

Se esperaba que las participantes con tratamiento mejoraran sus niveles en este cuestionario de calidad de vida principalmente en los aspectos de satisfacción y placer. Se encuentra que cada participante mantiene una realidad diferente y que esto “puede” influir en

la percepción que proyecta cada una, aunque cualitativamente las pacientes hayan experimentado satisfacción y placer por las diferentes sesiones No fue suficiente para expresarlo cuantitativamente en este estudio realizado

CUADRO No. 12

Correlación de Spearman (r_s) en la variable depresión con resultados de Escala Autoplicada de Zung y Conde e Inventario de Beck (BDI)

Sujetos	Pretest		Postest		Retest	
	Zung y Conde	Beck	Zung y Conde	Beck	Zung y Conde	Beck
n= 6						
6	53	23	34	16	48	3
4	50	15	38	8	35	8
2	48	13	39	10	49	6
1	47	13	37	6	37	6
3	44	9	48	8	32	4
5	44	5	36	6	35	6

Fuente Instrumentos aplicados a las participantes en los momentos de pretest, postest y retest

En los estudios de psicología clínica suele aplicarse mas de un instrumento de evaluación de síntomas para mayor confiabilidad de los mismos (Conde, 1967) En consecuencia hemos aplicado el coeficiente r_s de correlación de rangos ordenados de Spearman, para los tres momentos planificados pretest, postest y retest

“En r_s se tiene un coeficiente, que puede sustituir al coeficiente r cuando el número de casos es reducido” (Downie y Heat, 1986 118) Además se utilizan los datos originales, dado que en estos casos las raíces cuadradas no hacen la diferencia y así se facilitan las operaciones

Cuadro No. 13

Niveles de sintomatología de participantes

ASP S	Cognitivo	Afectivos	Conductual	Motivacional	Físico
1	Atribución de problemas	Preocupaciones y tristeza	Aislamiento, agresividad	Mejorar relación de pareja	Dolores y desgastes musculares
2	Distorsión de imagen corporal	Preocupación, tristeza, sentimiento de inutilidad	Pasividad, aislamiento y llanto fácil	Percepción de su imagen corporal	Dolor y desgaste musculares
3	Preocupación excesiva por su cuerpo (estado), aislamiento Distanciamiento familiar	Preocupación y tristeza, pérdida de sueño, sentimientos de inutilidad	Pasividad, aislamiento social, represión de sentimientos	Acercamiento familiar y social	Dolor de metástasis, dolores y desgastes musculares, reflujos
4	Pensamiento distorsionado por la enfermedad	Tristeza y pérdida del sueño	Pasividad, represión de sentimientos	Percepción sobre su enfermedad	Desgaste físico
5	Pensamiento distorsionados sobre la enfermedad	Somatización, tristeza, pérdida del sueño, aceptación de su realidad	Pasividad, control emocional	Mejoras del ambiente laboral	Dolor y desgaste muscular
6	Pensamiento distorsionado (búsqueda de trabajo), distorsión de imagen corporal, impotencia económica	Somatización, tristeza, pérdida del sueño, sentimiento de inutilidad, disminución de la actividad sexual	Pasividad, llanto fácil	Aplicación de metástasis	Dolor y desgaste muscular

Fuente: Entrevista clínica a participantes

El cuadro # 13 recoge las características principales de la sintomatología presente al momento que se ejecutó la entrevista clínica. Se categorizaron en cinco niveles, a saber cognitivo, afectivo, conductual, motivacional y físico

Puede observarse claramente características comunes (distorsión de la imagen corporal, pensamientos distorsionados acerca de la enfermedad, tristezas, dolores y desgastes musculares, pérdida del sueño, sentimientos de inutilidad, pasividad y aislamiento) y diferenciales (atribución de problemas, agresividad, mejorar relación de pareja, llanto fácil, distanciamiento familiar, represión de sentimientos, compenetración familiar-social, aplicación de metástasis, somatización, control emocional, mejoras en el ambiente

laboral, pobre aporte económico y disminución de la actividad sexual). Llama la atención que esté presente aún pasado 4, 5, 8 y 11 años de su diagnóstico de cáncer de mama.

2. Discusión de resultados

Este estudio tuvo como finalidad principal evaluar y conocer la eficacia, los efectos que produjo la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el manejo de la depresión y los niveles de calidad de vida de aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas pertenecientes a la Asociación Nacional contra el Cáncer con sede en Veracruz

En la primera hipótesis de trabajo se planteó que los niveles de depresión disminuyen significativamente en aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas luego de que han recibido la terapia. Esta hipótesis fue comprobada a un nivel de significancia de 0.05 resultando para la escala de autoevaluación de Zung y Conde una t observada de -3.45 (pretest y postest), -2.6 (pretest y retest), para el inventario de depresión de Beck (BDI) -2.59 (pretest y postest) -2.79 (pretest y retest) y como la t crítica resultó ser de -2.015 en todas las pruebas de hipótesis se rechazó la hipótesis nula y se sostuvo la hipótesis de trabajo. Estos resultados concuerdan con los encontrados en García Quiñones, Martínez Soler y Cáceres Ortiz (2001:43) quienes encontraron cambios significativos en el afrontamiento de la enfermedad tanto a un nivel estadístico como a un nivel cualitativo, también la disminución de los niveles de crisis y depresión.

Estos cambios pueden atribuirse a las técnicas utilizadas en el programa. Incluso podríamos afirmar lo que estos autores mencionan que la implementación de un programa puede incrementar la supervivencia de las pacientes en aspectos tales como identificación de situaciones en particulares que les llegaba a producir un estado de ánimo depresivo, vencimiento de algunas barreras personales y sentirse parte de un grupo.

Es necesario mencionar que las participantes que recibieron la terapia cognitivo conductual al momento de la evaluación en la escala de autoevaluación para depresión de Zung y Conde en el pretest cinco obtuvieron depresión sub-clínica y variantes normales y una obtuvo un estado de depresión media-severa, presentando cambios progresivos y

significativos para las siguientes evaluaciones. Esta información guarda una estrecha relación con los resultados que nos presentan García Quiñones, Martínez Soler y Cáceres Ortiz (2001: 45) en cuanto las evaluaciones en tres momentos (pretest, posttest y retest) indicando cambios significativos en cuanto los niveles de depresión y afrontamiento de la enfermedad. Otro autor con quien podemos corroborar esta información ha sido con Jaén Caballero (2000: 100) quien realizó un programa de entrenamiento muy parecido a nuestra investigación (tratamiento), destacando aspectos muy importantes como fue la mejoría que presentaron los pacientes al recibir el tratamiento y los cambios progresivos que fueron mostrando los participantes.

Un aspecto importante a rescatar dentro de esta información, puede ser que la mayor efectividad y funcionalidad de la terapia cognitivo conductual aplicada se da en los niveles de depresión más elevados que posee un / a paciente, debido a que se presentara la disminución de los mismos de una manera más progresiva y se podrá evidenciar un poco más los cambios a grandes escalas.

En los resultados obtenidos por medio del inventario de depresión de Beck (BDI) se llegó a obtener niveles depresivos en los tres momentos antes y después del tratamiento y luego de haber transcurrido un periodo determinado se vuelve a dar seguimiento y el grupo llegó a no presentar depresión. Estos resultados obtenidos coinciden con los encontrados por Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2004: 140) encontrando que los efectos de un programa de intervención reduce los niveles de depresión de las pacientes que siguieron o participaron, como también se llega a corroborar la eficacia para mejorar el estado emocional, estas informaciones guardan mucha relación con lo encontrado en nuestro estudio.

En la segunda hipótesis se planteó que las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama mejoraban significativamente los niveles de calidad de vida luego de recibir la terapia cognitivo conductual. Esta hipótesis no se comprobó a un nivel de significancia de 0.05, resultando una t observada 1.22 (pretest y posttest) y 1.02 (pretest y retest) y no se pudo rechazar la hipótesis nula. Aunque la hipótesis no fue rechazada esto coincide con lo encontrado por Rodríguez Jiménez (2011: 89) donde sus resultados expresan que hay una mejoría estadísticamente significativa en los niveles de depresión y no así en los niveles de

calidad de vida de quienes participaron de la psicoterapia. Al igual que esta autora también encontramos en Rivas (2004:155) que la psicoterapia mixta se dio de formas individuales como grupales, hubo evaluaciones de pretest, postest comparándose los resultados de los mismos sujetos antes y después de haber recibido el tratamiento, demostró guardar cierta relación con nuestro estudio, donde explica que aunque no todas las escalas reflejaron mejoría estadísticamente significativa, cualitativamente la mayoría de las pacientes experimentaron cambios tanto en su estado psicológico general como en su calidad de vida.

Un análisis adicional importante concerniente a los resultados de la evaluación de la variable de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama podría ser porque es un constructo, concepto complejo, de amplio debate, esto es debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determina que puede hacerla una difícil variable de medir o compleja de obtener resultados en tan corto tiempo que conllevó este tratamiento. Este resultado adicional concuerda con la definición que nos da la OMS (1998:62) sobre calidad de vida donde la describe como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en lo que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, sus normas, sus inquietudes. Por lo tanto se trata de un concepto muy abarcador que puede verse influido en un modo de complejidad por la salud física, estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales que podrían determinar de forma global de lo que es calidad de vida y este a su vez puede variar de acuerdo a las percepciones que tiene cada persona sobre tener una buena vida.

La eficiencia y los efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y los niveles de calidad de vida en aquellas pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama también la encontramos en ciertos resultados de las investigaciones de autores que llegaron a utilizar los cortes de esta especialidad como lo fueron Jaén Caballero (2000:100), Domínguez Cedeño (2007:170), Barrios Pinilla (2005:168), Charry de Montenegro (2011:87), Narvaéz, Rabiños, Cortes, Gómez y García (2008:97), García Quiñones, Martínez, Soler y Cáceres Ortiz (2001:46), Almonacid Guinot (2014:115) donde se comprueba la mejoría de las participantes con el tratamiento, efectividad de la terapia para las enfermedades crónicas como para la calidad de vida.

Cabe destacar que en nuestro caso se tenían pacientes con 4 años de haber transcurrido la enfermedad cancerígena y pacientes con 11 años de supervivencia. Para el momento de la sesión familiar cada paciente trajo a un familiar, otras a varios familiares, esas personas formaron parte crucial del transcurso de la enfermedad, donde expresaron cómo afrontaron el transcurso de la enfermedad desde su propia perspectiva, donde se fortalecieron los lazos de cohesión y seguridad, que les ayudaron a superar los momentos más duros de su vida como paciente y cuidador (a) Destacando que los familiares son la conexión principal para sobrellevar una enfermedad de esta índole

En el plano cognitivo y conductual los síntomas encontrados en la entrevista clínica tales como preocupación, tristezas, pérdidas del sueño, preocupación por la enfermedad, distorsiones sobre imagen corporal, sentimiento de inutilidad, agresividad, distanciamiento, pasividad, debilitamiento físico coinciden con lo descrito por los autores Buela y Sierra (2009 32) y Beck (1970 36) donde evidentemente expresan que la depresión abarca la presencia de síntomas cognitivos, conductual (volitivo) y físicos / somático y que la depresión no se puede ver como un ente aislado de la persona y que a su vez se manifiesta de muy variadas formas

Vale la pena observar que los resultados de las correlaciones efectuadas entre los resultados de las evaluaciones de depresión con los instrumentos utilizados (postest y retest) semejantes a O, Downie y Heath (1986 193) la señalan como “una desviación casual en la distribución muestral en la cual la población R es O ($H_0: R = O$)” Lo cual indica no correlación y una posible distribución muestral más simétrica, más normal

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

Luego de haber culminado este trabajo es importante señalar los siguientes aspectos concluyentes

- 1 Los /as psicólogos/ as clínicas cuentan con diferentes técnicas, instrumentos, abordajes terapéuticos, con el objetivo de brindar una mejor calidad de atención a diferentes pacientes que lo requieran
- 2 Este estudio sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual en el manejo de la depresión y la calidad de vida enfocada a la enfermedad del cáncer de mamas pudo comprobar la relación existente con otros estudios realizados a nivel nacional como internacional, ya que se obtuvieron resultados similares
- 3 Los indicadores que se utilizaron para revisar los niveles depresivos tales como pensamientos negativos, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, emociones negativas, presentaron una consistente disminución a través de los diferentes momentos de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual
- 4 Se logró alcanzar los objetivos generales y específicos de este estudio, comprobándose la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada al manejo de la depresión y analizando los efectos de la misma en la calidad de vida en pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mamas pertenecientes a ANCEC con sede en Veraguas
- 5 La mejoría en los sentimientos de inutilidad, aislamiento social e indecisión, insatisfacción y sensación de fracaso, no llegaron a mejorar los niveles de satisfacción y placer, lo cual sugiere la influencia de factores externos en la misma.
- 6 Aparte de comprobarse la eficacia de la TCC y conocer los efectos positivos que presentaron las pacientes, surge la inquietud de intervenir terapéuticamente en los acontecimientos que presentaron las participantes en las evaluaciones realizadas de calidad de vida como era problemas de pareja, económicos y otros factores psicológicos que afectan su estado emocional

- 7 La eficacia de la terapia cognitivo-conductual tuvo como efecto que el grupo de participantes lograra disminuir aun más los niveles de depresión despues de haber transcurrido un mes y medio de la evaluación, lo cual ratifica su fortaleza teorica.
- 8 Aunque los niveles de satisfacción y placer no mejoraron estadísticamente tampoco empeoraron Podría especularse la utilización de las técnicas, herramientas proporcionadas por el programa y la complejidad de su medición
- 9 Se puede determinar que los aspectos más relevantes en las pacientes sobrevivientes con cáncer de seno desde el punto de vista de la dimensión física son cansancio, fatiga, náuseas, reflujo, pérdida de apetito, dolor, sueño, dolores intermusculares y disfunción sexual En cuanto al aspecto psicológico sentimiento de inutilidad, carencias afectivas y de mantenimiento de recursos sociales, de apoyo familiar o de pareja, de recursos personales, aislamiento social, sentido de dependencia, sentimiento de culpabilidad, vulnerabilidad social, discriminación laboral, prejuicios sociales y estigmatización, todo lo cual abona al estado de ánimo depresivo
- 10 Las participantes del grupo de investigación aprendieron a reconocer aquellas situaciones que les producía síntomas de un estado ánimo depresivo y resolverlos por cuenta propia haciendo uso de las técnicas de funcionalidad de las creencias irracionales y de los pensamientos positivos
- 11 Para las pacientes con cáncer de mamas el apoyo familiar es fundamental y no sólo porque le ayuda a mejorar su calidad de vida durante el curso de su enfermedad, sino porque propicia un estado emocional adecuado que puede mejorar su respuesta terapéutica durante y después de la enfermedad

2. Recomendaciones

A partir de los hechos encontrados en la investigación y de las conclusiones elaboradas podemos sugerir algunas recomendaciones

- 1 Adaptar el programa de terapia cognitivo conductual enfocado al manejo de la depresión y los niveles de calidad de vida para que pueda ser aplicado a otros grupos de pacientes con enfermedades cancerígenas del sexo femenino, garantizando que sea desarrollado por psicólogos/as clínicos/as
- 2 El Centro Regional Universitario de Veraguas, específicamente la Facultad de Psicología, debería trabajar articuladamente con la Asociación Nacional contra el Cáncer, para promover entre las y los estudiantes de psicología la utilización de este y otros estudios sobre depresión y calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer, para darle continuidad y fortalecimiento a futuros procesos de investigación en esta area.
- 3 Profundizar en aspectos más específicos de la calidad de vida que influyen en las pacientes y tratar de hacer las conexiones correspondientes con los servicios de ayuda social o económica que amerite (MIDES, Despacho de la primera dama, entre otras), logrando así una posible remuneración económica o una reinserción laboral en estas pacientes
- 4 Conformar grupos de apoyo con pacientes diagnosticados/as con cáncer de mamas como también sus cuidadores/as, como parte fundamental del trabajo de la psicología clínica y así brindar una atención integral a todos los miembros que forman parte de la enfermedad
- 5 Promocionar la terapia cognitivo-conductual para que sea desarrollada, adaptada para otros tipos de enfermedades crónicas, con el objetivo que los diferentes pacientes puedan, disminuir sus niveles de depresión y puedan evitar o contrarrestar complicaciones que conlleva el transcurso de su enfermedad (deteriore su calidad de vida)

- 6 Brindar sesiones grupales con familiares que han tenido que lidiar con la enfermedad del cáncer con el objetivo que pueda encontrar un espacio, un soporte emocional para expresar su sentir, sufrimiento o dolencia con respecto a todo lo vivido
- 7 Elaborar programas de prevención a nivel comunitario, enfocados en el papel que juegan los factores psicológicos, la percepción sobre la enfermedad del cáncer, el soporte emocional, sobre todo, haciendo mucho énfasis en la parte de la depresión y calidad de vida que enfrentan estos/as pacientes
- 8 Crear la necesidad en algunas de las emisoras locales de radio para que accedan un espacio radial que brinde diferentes orientaciones, exposiciones de testimonios, mensajes reconfortantes a aquellas pacientes que no tienen la oportunidad ni el acceso de recibir una terapia psicológica.
- 9 Realizar capacitaciones continuas dirigidas, especialmente, al personal que labora día a día en la Asociación Nacional contra el Cancer, que de una u otra manera pueden verse envueltos en las circunstancias que presenta las/ los pacientes
- 10 Dar oportunidad a estudiantes universitarios de aplicar diseños de investigación más completos y formas creativas de intervención en la atención a pacientes con cáncer
- 11 Empezar nuevos estudios investigativos por parte de profesionales de la psicología encaminados a abordar temas como imagen corporal, sexualidad, autoestima, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, ansiedad generalizada en pacientes con cáncer de mamas

BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, N y Beckaman, J (1987) *The quality of life of cancer patients* New York Raven Press
- Almonacid Guinot, V (2014) *Psicoterapia en cáncer de mama* Tesis para optar por el título de doctora en psicología clínica, Universidad de Valencia, España.
- American Cancer Society Surveillance Program (2003) Estimated new cancer cases by sex and age *A cancer journal for clinicians on the go* 53 (3) 141-169
- ANCEC (1998) Realidades del cáncer en Veraguas *Revista C9* 30 (1) 12-15
- Andrykowski, M A , Cordova, M J , Studts, J L y Miller, T W (1998) Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer *Journal Consult Clin Psychol* 66 (3) 90-586
- Aron, A y Aron, E (2002) *Estadística para Psicología* 2ª ed Buenos Aires Prentice Hall
- Arranz, P , Barbero, J , Barreto, P y Bayés, R. (2003) Intervención emocional en cuidados paliativos *Ariel Ciencias Médicas* 9 (2) 51-140
- Badía, P (2000) *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH* Madrid Jarpyo Editores
- Barrios Pinilla, M I (2005) *Manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos, un abordaje cognitivo conductual* Tesis para optar por el título de maestría en psicología clínica, Universidad de Panamá, Panamá
- Beck, A (1970) *Depression Causes and treatment* Philadelphia University of Pennsylvania Press
- Beck, A , Ward, C , Mendelson, M , Mock, J y Erbaugh, J (1961) Inventory for measuring depression *Arch Gen Psychiatr* 4, 561-571
- Beck, A T , Rush, A J , Shaw, B F y Emery, G (1979) *The cognitive therapy of depression*. New York Guilford Press
- Bobes, J , Portilla, M , Bascaran, M , Sáez, P y Bousoño, M (2003) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* Oviedo Psiquiatría Editores, S L
- Buela, G y Sierra, J (2009) *Manual de evaluación y Tratamiento psicológicos* Madrid Biblioteca Nuevas, S L
- Charry de Montenegro, S E (2011) *Aplicación de psicoterapia psicodinámica breve individual basados en el modelo de las relaciones objetales a pacientes de la tercera edad diagnosticados con el trastorno de depresivo mayor* Tesis de grado presentada ante la Facultad de psicología como uno de los requisitos para obtener el grado de magister en psicología clínica, Universidad de Panamá, Panamá.

- Conde López, V (1967) *La medida de la depresión. La escala autoaplica para la medida cuantitativa de la depresión de Zung* Facultad de medicina de la Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Conde López, V y Useros, E (1975). Adaptación castellana de la Escala de evaluación conductual para la depresión de Beck *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am* 12, 217 - 236
- Dominguez Cedeño, L (2007) *Terapia cognitivo conductual para la reducción de los síntomas de estrés y ansiedad en un grupo de pacientes hipertensos* Tesis para optar por el grado de maestría en psicología clínica, Universidad de Panamá, Panamá
- Downie N M y Heath, R W (1986) *Métodos estadísticos aplicados* 5^{ta} ed México Harla
- DSM - IV TR (2000) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado First Frances Pincus Barcelona MASSON, S A 1049 pp
- DSM-IV (1994) La entrevista clínica. Tomo1 Fundamentos de Othmer y Othmer Barcelona Editorial Masson, S A 499 pp
- Endicott, J, Nee, J, Harrison, W y Blumenthal, R (1993) Quality of life enjoymentn and satisfaction questionnaire a new measure *Psychopharmacol Bull* 29 (2) 6-321
- Falcao, I, Calvaho, F, Magalhaes, R y Holanda, A (2002) Beneficios de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mectomizadas *Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social* 10 (2) 79-84
- Ferlay, J, Bray, F, Pisani, P y Parkin, D (2004) Cáncer incidence, mortality and prevalence worldwide *ARC Cancer Base* 2 (5) 478-487
- Fernández, P, Dolz, M y Rojo, J (2000) Uso de psicofármacos en el enfermo oncológico En F Gil Moncayo (compilador) Manual de psicooncología Nova Sidonia. Madrid. España 75 - 91
- Finck Barboza, C y Forero Forero, M (2011) Ansiedad y depresión en pacientes con cancer de seno y su relacion con la espiritualidad/ religiosidad *Revista Colombiana* 3 (1) 07-27
- Followfield, L (1990) *The Quality of life The missing measurement in health care* New York New York Press
- García Quiñonez et al, F M (2001) Implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer de mamas *Revista Colombiana de Psicología*, 41-52

ANEXOS

Historia familiar: Vive actualmente con su esposo de 56, es policía jubilado y su hijo de 19 años, estudiante universitario, su pareja es la que brinda el sustento económico para mantener la casa, también realiza trabajos extras para tener una entrada adicional. Su hijo mantiene una relación conflictiva con su papá (no se hablan) y están distanciados, por las conductas de su padre con su mamá y se enteraron que tiene un hijo fuera del matrimonio, ha empeorado más la situación en la casa.

Historia personal: Sabe que su situación está mal con su esposo y en ocasiones ha pensado divorciarse de él para no sufrir más, pero se detiene porque sabe que no podría sufragar los gastos de la casa como también la hipoteca que tiene que pagar.

Ha conversado con su suegra para explicarle que desea separarse de su hijo, ella le dice que no le gustaría que se divorciara porque ella ha sido buena nuera. No le gustaría hacerle eso a la señora porque está bastante mayor.

Historia laboral: Una vez terminó el tratamiento de su enfermedad, se reincorporó a su trabajo, donde el gerente en vez de tener en cuenta los cuidados que deben tener las pacientes con cáncer, le aumentó el volumen de trabajo, sus horas de salida haciéndola que un período de tiempo solicitara su pensión anticipada y renunciara por completo a ejercer su profesión.

Historia sexual afectiva: Desde que presenta los problemas con su esposo no es sexualmente activa.

Historia médica: Refiere ser diabética, no presenta enfermedades físicas, ni antecedentes de enfermedades mentales.

Diagnóstico:

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Participante # 2

Datos generales:

Nombre _____ Edad- 40 _____ Sexo F

Escolaridad Universidad Profesión Licda. en Educación Ocupación Ama de casa

Estado civil Soltera

Motivo de consulta: Es sobreviviente del cáncer hace cinco años, asiste a la consulta porque desea formar parte del grupo de las vencedoras y fue invitada por el Dr Santiago para que participara del programa que se estaba realizando

Nunca ha asistido a un psicólogo para hablar sobre lo transcurrido con su enfermedad, cada vez que se recuerda comienza a llorar y es algo inevitable

Sintomatología:

- Cognitivo Piensa que es una mujer incompleta porque le falta un seno, dice eso cada vez que se ve en el espejo, se mantiene encerrada, no sale para evitar que las personas la vean porque le da miedo o ver las reacciones de las demás personas, porque le falta un seno, pues ya lo ha vivido
- Afectivo preocupación, tristeza, sentimientos de inutilidad
- Conductual pasividad, poca interacción social, llanto fácil
- Motivacional. Quisiera perder el miedo que las demas personas me vean que me falta un seno
- Físico Dolor en la metástasis, cansancio

Historia de la enfermedad actual: Actualmente es una persona que realiza todas las actividades de la casa, se cansa rápidamente, presenta debilitamiento físico, come de todo Sabe como paciente de cáncer que debe guardar reposo, no hacer actividades que demanden esfuerzo físico

Historia familiar: Vive actualmente con su hijo de 10 años, es madre soltera, mantiene una buena relación con el padre de su hijo, los ayuda en todo. Se dedica a cuidar de su hijo y su sobrino (eventualmente) de ahí su hermana le paga una cantidad de dinero para subsistir, la relación con su hijo es buena y colaborativa.

Historia personal: Reconoce que al momento que le detectaron cáncer y en el proceso de tratamiento sufrió de depresión, ahí sintió que el mundo se le vino encima, pasaba días sin comer, no quería vivir, no tenía fuerzas para seguir adelante se lo transfirió a su hijo, ya que éste no quería ir a la escuela porque pensaba que se iba a morir, se la pasaba llorando en la escuela. Fue hasta que su hijo le dijo que si no quería seguir viviendo, él tampoco, esto la hizo reaccionar y enfrentar con fuerza su enfermedad, su hermana fue su mayor apoyo

Historia laboral: Actualmente no labora, es ama de casa, trabaja algunas veces regando jardines o cuidando casas

Historia sexual afectiva: Es una persona sexualmente activa.

Historia médica: Padece cáncer de mamas con diagnóstico hormonal, refiere antecedentes familiares de cancer (abuela), triglicéridos y colesterol alto, no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico:

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Historia de la enfermedad actual: Actualmente sufre de glaucoma, recibe tratamiento de calcio, levotiroxina, simplatina y por la noche ingiere ácido fólico. Se ha realizado examen de mamas para descartar una regresión de la enfermedad (ganglios negativos), en cuanto a su estado físico presenta resultados excelentes.

Historia familiar: Vive actualmente con su hermana de 71 años y se ha dedicado a cuidarla, nunca ha estado casada, recibe apoyo de sus hermanas para los quehaceres de la casa, y la alimentación, mantienen una buena relación entre sus familiares. Estuvieron todo el transcurso de la enfermedad.

Historia personal: Hace cinco años le detectaron cáncer de mamas, lo enfocó como una fijación porque Dios se lo había asignado a ella y no otro familiar, ya que en esos momentos en su familia estaba pasando por una situación bien difícil: operación de corazón de un sobrino, decidió ocultar su diagnóstico para no preocupar más de la cuenta a la familia, considerándose una luchadora con Dios, porque le dio la actitud para enfrentar la enfermedad y la vida.

Historia laboral: Actualmente no labora, es jubilada de educadora, se dedica a escribir poemas, poesías, dirige coros y realiza arreglos de cantos religiosos.

Historia sexual afectiva: Es una persona que no es sexualmente activa.

Historia médica: No refiere antecedentes familiares de cáncer, no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

Diagnóstico:

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Historia personal: Se separó hace 13 años de su esposo. Se dedicó a cuidar a su mamá acá en el interior.

Para cuando tuvo que enfrentar la enfermedad fue su esposo quien la apoyó siempre y la cuidó, pues no le fue fácil enfrentarlo, verse con la operación y la extirpación de un seno, ya que anteriormente no contaba con fortalezas de dedicación y determinación, pero tuvo que desarrollarla para enfrentarla y así salir adelante tanto ella como su hija que estaba pequeña, quien era su soporte emocional con sus comentarios que la hacían gozar (Ej. Cocobola).

Historia laboral: Actualmente es ama de casa, cuidadora de su mamá e hija.

Historia sexual afectiva: Es una persona que no es sexualmente activa.

Historia médica: Padece cáncer de mamas con diagnóstico hormonal, no refiere antecedentes familiares de cáncer, no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

Diagnóstico:

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Su esposo la acompaño a 12 de 15 quimioterapias que le realizaron, no la quería dejar sola en ningún momento, las veces que su esposo no podía ir, su hermana la acompañaba Menciona que no tuvo ningún decaimiento emocional, decidió enfrentar la enfermedad como tal, eso sí reconoce que no tenía un acercamiento con Dios, pero ahí empezó a tenerlos y más nunca lo ha abandonado

Historia personal: Reconoce que tuvo que enfrentar diversas situaciones discriminatorias por su enfermedad, pero se ha mostrado paciente, aunque esta no era su característica, con fortaleza espiritual para enfrentar las diferentes situaciones que se le presentan en la vida. Cuenta con la ayuda de su esposo quien la apoya en los quehaceres de la casa, pues ella no es la misma de antes, su cuerpo no es igual y no rinde igual, se cansa rápidamente, se debilita, esto es igual para cuando va y regresa de trabajar Reconoce que estos cambios se deben a las consecuencias del cáncer y los acepta como tales

Historia laboral: Actualmente es educadora y tiene que caminar para llegar a su trabajo, porque la reincorporaron nuevamente, porque entró una nueva administración los considera poco humanos, porque hasta en algunos momentos las secretarias le expresaron que ella estaba bien y que podía regresar a trabajar como antes

Historia sexual afectiva: Es sexualmente activa, pero su desempeño ha decaído, porque ambos presentan una enfermedad que disminuye el ritmo

Historia médica: Padece cáncer de mamas con diagnóstico hormonal, refiere antecedentes familiares de cáncer como su mamá con cáncer cérvico uterino, no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico:

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

preocupada, porque próximamente se le vence el contrato y no saben si se lo van a renovar; por eso está muy angustiada.

Con relación a su enfermedad, su detección se hizo a tiempo su hermana la ayudo en todo momento, sus vecinos y familiares la apoyaron, nunca recibió quimioterapia, le extirparon el seno para evitar que se propagara para otras partes, su hijas estaban bien pequeñas para esas fechas

Historia personal: Se describe como una mujer que ha luchado con sus dos hijas para seguir adelante, y el padre biológico no le ayuda, no está pendiente de ellas

Por otra parte está preocupada porque presenta una masa en su seno, aunque los doctores le dan buen pronóstico, ella le gustaría que se la operaran para estar más tranquila por la experiencia pasada y así aliviar un poco sus preocupaciones al respecto (Ej Un dolor en el seno piensa que es la enfermedad)

Historia laboral: Actualmente es ama de casa, cuidadora de sus hijas

Historia sexual afectiva: Es una persona sexualmente activa, no se ve como una persona atractiva, no se molestaría si su pareja mantiene relación con otra persona, pues siente que los deseos por la actividad, ya no son como antes

Historia médica: Padece cáncer de mamas y no refiere antecedentes familiares de cáncer, no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico:

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Anexo No.2

Asociación Nacional contra el Cáncer

CONTRATO TERAPEUTICO

YO _____ con cédula de identidad personal _____ me comprometo a seguir los siguientes compromisos que adquiero como participante de este programa terapéutico

1. Me comprometo a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia sin faltar a las mismas (13 sesiones)
2. Me comprometo a realizar las tareas clínicas y trabajos personales indicados en cada momento por la terapeuta.
3. Me comprometo asistir a la sesión programada por semana de una duración de dos horas cada una

Acepto sin ninguna dificultad, firmo dicho documento,

Firma Participante

Firma terapeuta

Fecha: _____

Anexo No. 3

Cronogramas de las etapas de la investigación sobre la terapia cognitivo conductual con pacientes con cáncer de mamas

MESES (2014)

Etapas de la Investigación	MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
Elección del tema	*	*	*																					
Justificación del problema	*	*	*																					
Planteamiento del problema	*	*	*																					
Determinación de objetivos (generales y específico)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*									
Obtención de antecedentes				*	*	*	*	*	*															
Desarrollo del marco teórico				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tipo y diseño general del estudio													*	*										

Cronogramas de las etapas de la investigación de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de mamas (continuaci

Año 2015 – 2016 (Meses)													
	Ene.	Feb	Mar	Abr	May	Jun.	Jul.	Agost.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic./ Ene	Feb mar
Estudio de la población y la selección de la muestra	*												
Aprobación del proyecto	*												
Aplicación de Instrumentos y TCC			*	*	*		*						
Análisis de los resultados								*	*		*	*	*
Confección del informe final									*		*	*	*
Entrega del informe final	Junio 2016												
Sustentación	Julio 2016												

Anexo No. 4

Cronograma de atención del Programa de terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de mamas

Mes de Marzo		
Día / Hora	Sesión	Observación
Sábado 7 a las 8 00 am	Sesión# 1	Tema "Conociendo mi problemática"
Sábado 14 a las 8 00 am	Sesión # 2	Tema "Conozco mis pensamientos"
Sábado 21 a las 8:00 am	Sesión # 3	Tema En búsqueda de soluciones
Sábado 28 a las 8 00 am	Sesión # 4	Tema "Repaso"
Mes de Abril		
Sábado 4 a las 8 00 am	Sesión # 5	Tema "Incorporando mis actividades"
Sábado 11 a las 8 00 am	Sesión # 6	Tema "Mapeo de actividades"
Martes 14 a las 4 00 pm	Sesión # 7(Individual)	Tema "Mi desahogo" Lugar de atención Oficina de la Fac de Psicología
Miércoles 15 a las 4 00 pm	Sesión # 7(Individual)	Tema "Mi desahogo" Lugar de atención. Oficina de la Fac de Psicología
Jueves 16 a las 4:00 pm	Sesión # 7(Individual)	Tema "Mi desahogo" Lugar de atención Oficina de asuntos estudiantiles
Viernes 17 en horas de la tarde	Sesión # 7(Individual)	Tema "Mi desahogo" Lugar de atención Oficina de Asuntos estudiantiles
Sábado 18 a las 8.00 am	Sesión # 7 (Individual)	Tema : "Mi desahogo" Lugar de atención Oficina de la Fac de Psicología

Sábado 25 a las 8:00 am	Sesión # 8	Tema “Establezco metas”
Mes de Mayo		
Sábado 2 a las 8 00 am	Sesión # 9	Tema “Mis apoyos sociales”
Sábado 9 a las 8:00 am	Sesión # 10 (Familiares)	Tema “Relaciones interpersonales”
Sábado 16 a las 8 00 am	Sesión # 11	Tema “Alcanzando el Bienestar”
Sábado 23 a las 8 00 am	Sesión # 12	Cierre del Programa
Mes de julio (Sesión # 13 Retest) nos volvemos a reunir para seguimiento.		

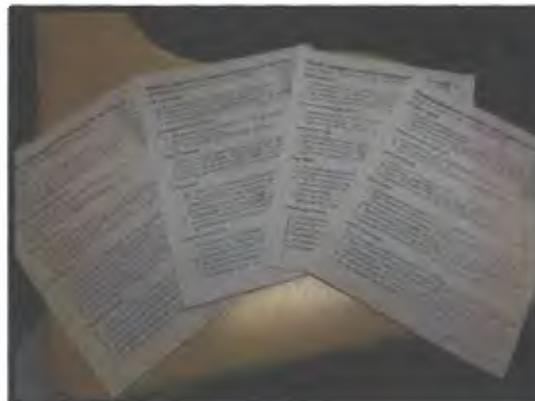
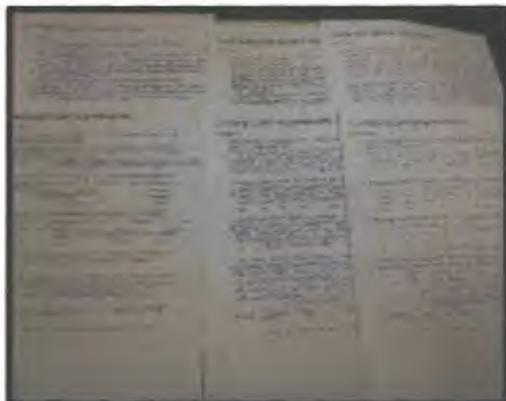
Observación Para el desarrollo de cada una de las sesiones se dispuso del salón G-2 de la Facultad de Arquitectura para llevar las diferentes sesiones grupales

Anexo N° 5

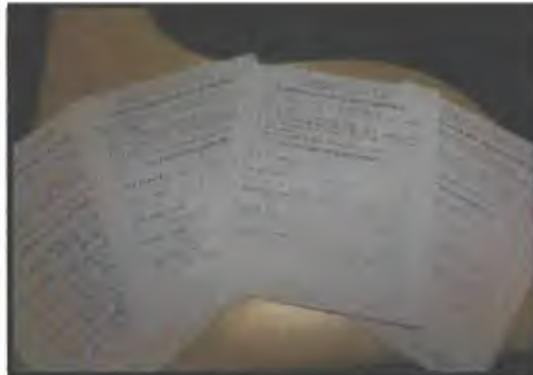
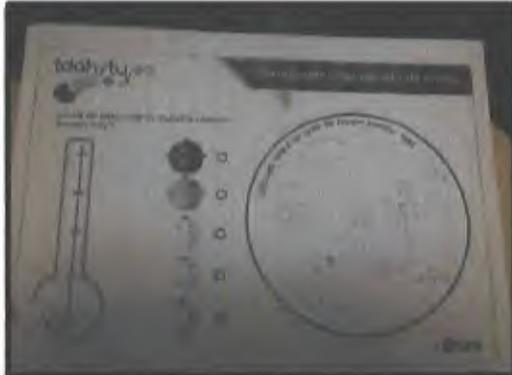
Sesión N°1 “Conociendo mi problemática”



Sesión N° 2 “Conozco mis pensamientos”



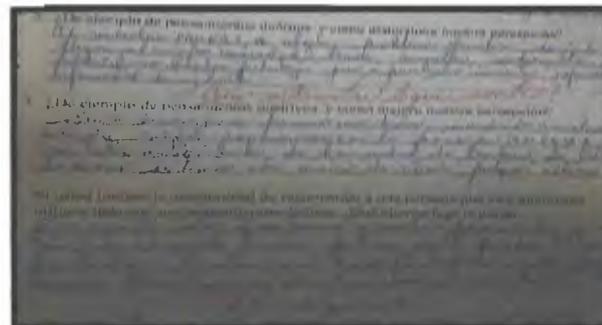
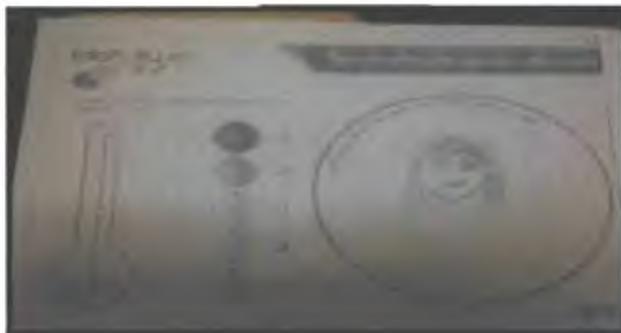
Sesión N° 3 “En búsqueda de soluciones”



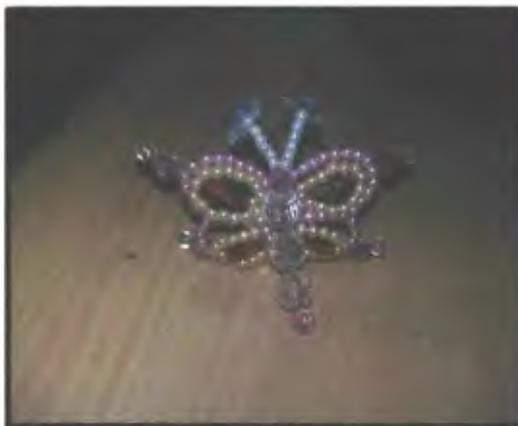
Sesión N° 4 “Repaso”



Sesión N° 5 “Incorporando mis actividades”



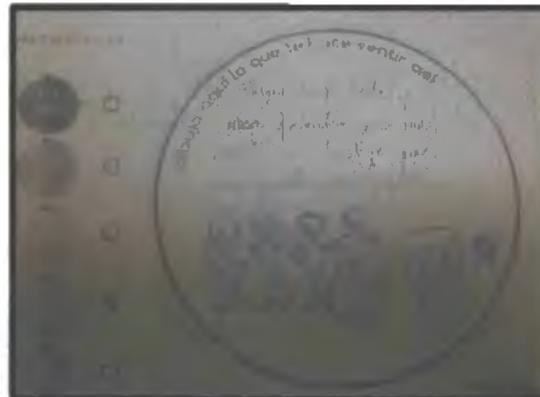
Sesión N° 6 “Emprendiendo nuevos retos”



Sesión N° 8 “Establezco metas”



Sesión N° 9 “Mis apoyos sociales”



Sesión N° 10 “Familiar relaciones interpersonales”



Sesión No. 11 Alcanzando el bienestar



Sesión N° 12 “Cierre del programa”



Sesión N° 13 “Retest”

