

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Ana Lucía González García, Angelina González Hurtado y Benito Estrada Aranda

Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Resumen

Objetivo: Mostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en una muestra de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, con el fin de disminuir niveles de ansiedad y depresión, desarrollar habilidades de afrontamiento positivo para mejorar la percepción de calidad de vida.

Método: Se utilizó una muestra de quince pacientes que se encontraban en tratamiento activo, atendidas en el área de oncología del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” del estado de San Luis Potosí, México, las cuales accedieron a participar en el estudio, firmando un consentimiento informado. El diseño de intervención fue de un grupo, muestreado por conveniencia, se aplicaron las pruebas antes y posterior al tratamiento. Para la medición de las variables, se utilizaron las pruebas HAD (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), Whoqol Bref (percepción de calidad de vida) y la escala CAEPO (cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos). La terapia cognitivo conductual fue individual con una media de 10 sesiones, basándonos en un manual de tratamiento cognitivo conductual, previamente elaborado.

Resultados: Las pacientes que participaron en la intervención individual mostraron diferencias estadística y clínicamente significativas en calidad de vida, en el dominio de salud física $t(14)=-2,75$, $p=0,016$ y relaciones interpersonales $t(14)=-2,17$, $p=0,048$, en la subescala de ansiedad, $t(23,3)=-2,35$, $p=0,027$ y en

Abstract

Objective: The aim of this study was to show the effectiveness of cognitive behavioral therapy in a sample of patients with breast cancer, in order to reduce levels of anxiety and depression, and develop positive coping skills to improve the perception of quality of life.

Method: The study subject were a sample of fifteen patients that had accepted to collaborate in the study, they signed an informed consent. They were receiving treatment in the area of oncology at Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” of the state of San Luis Potosi, Mexico. The study began with one group of individual intervention, in a convenience sampling; with a measure of pre and posttest. We used three standardized test to measure the progress of the intervention. We used, the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Whoqol Bref test (quality of life) and CAEPO (stress coping questionnaire for cancer patients). We used individual cognitive behavioral therapy an average of ten sessions for person, determined on the basis of a cognitive behavioral treatment manual, previously developed.

Results: There have been certain statistically and clinically significant differences, we found among patients who participated in the study. In quality of life we observed differences on physical health domain, $t=-2.75$, $p=0.016$ and social relationships $t=-2.17$, $p=0.048$, We also found differences, in the anxiety subscale

Correspondencia:

Ana Lucía González García
Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología.
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Dirección: Carretera Central Km. 424.5
San Luis de Potosí. C.P. 78390. México
E-mail: g_ana_lucia@hotmail.com

la escala global del HAD, $t(14)=2,81$, $p=0,014$ y en la subescala de la negación como tipo de afrontamiento $w=74$, $p=0,048$. Se concluye que la terapia cognitivo conductual demostró eficacia en la muestra estudiada.

Palabras Clave: Terapia Cognitivo Conductual, cáncer de mama, ansiedad, percepción de calidad de vida, afrontamiento.

$t=2.35$, $p=0.027$ and overall HAD scale, $t=2.81$, $p=0.014$. With coping we observed differences, on denial sub-scale, $W=74$, $p=0.048$. It is concluded that cognitive behavioral therapy proved efficacy in the study sample.

Keywords: Breast cancer, depression, anxiety, quality of life, quality of life, coping.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, produciendo la muerte de más de 520 mil mujeres al año⁽¹⁾. Debido a su alta incidencia, se ha enfatizado el interés en desarrollar nuevas estrategias y tecnologías con el fin de frenar la prevalencia de dicha neoplasia, así como dar una mejor calidad de vida a las personas que lo padecen.

Diversos estudios han demostrado el gran porcentaje de comorbilidad que hay entre el cáncer de mama y las distintas alteraciones psicológicas, especialmente la ansiedad y depresión⁽²⁻⁴⁾, los cuales, muchas veces no se les da la importancia ni el tratamiento adecuado. La presencia y la intensidad de estas alteraciones psicológicas, dependerá en gran medida de diversos factores, como pueden ser, las variables anteriores a la enfermedad, los recursos de afrontamiento, el sistema de creencias, el soporte social y familiar, así como las diversas etapas de la enfermedad y el tratamiento médico, entre otros⁽⁵⁾.

Especialmente, este tipo de cáncer, repercute de manera muy importante en las mujeres que lo padecen, debido a que la mama, tiene una connotación muy compleja en nuestra cultura y es un símbolo importante de feminidad, afectando considerablemente no solo en el ámbito físico sino también en muchos otros ámbitos de la vida de la persona que lo padece⁽⁶⁾.

Los estilos de afrontamiento juegan un papel importante en el proceso y adaptación de la enfermedad. Lipowski (1970) puntualiza que el afrontamiento en pacientes con enfermedad crónica, puede ser adaptativo o desadaptativo, dependiendo de su adecuación a la situación; además el modo en el que las pacientes afronten su enfermedad dependerán de tres factores, los factores derivados de la enfermedad; como la localización del cáncer, el grado de reversibilidad; los factores ambientales y los factores personales, como la edad, el estado civil, las habilidades sociales, entre otros⁽⁷⁾.

El estado del arte ha demostrado la efectividad de diversas intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales de diferentes enfoques, pero que tienen como fin primordial el disminuir toda afección psicológica, para así aumentar la percepción de calidad de vida⁽⁸⁾. De las intervenciones psicológicas que han mostrado buenos resultados en esta población, es la terapia cognitivo conductual⁽⁸⁻¹³⁾, ya que abarca lo emocional, lo cognitivo y nuestras acciones. Ellis (1980), considera que, no es la acción o situación la que causa el malestar emocional, sino que son nuestras creencias, actitudes o valores respecto a esa situación⁽¹⁴⁾. Con las pacientes, podemos ver que el estilo de afrontamiento, su percepción de calidad de vida y sobre todo el que llegue a desencadenar una alteración emocional, va a verse influido primordialmente por las creencias y el significado que le dé a la enfermedad⁽⁵⁾.

En nuestro país existen relativamente pocos estudios que muestren los efectos de la intervención psicológica individual en pacientes con cáncer de mama. En el estado de San Luis Potosí, es prácticamente nula la información existente acerca de la intervención cognitivo conductual en dicha población, por lo que el objetivo principal del estudio es mostrar la eficacia a través de la terapia cognitivo conductual en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, cuya finalidad fue disminuir niveles de ansiedad y depresión, desarrollar habilidades de afrontamiento positiva para mejorar la percepción de calidad de vida.

MÉTODO

Sujetos

La muestra fue conformada por 22 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que estaban siendo atendidas en el área de oncología del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” del estado de San Luis Potosí, México entre mayo del 2013 al mes de abril del 2014. Finalizaron la intervención 15 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres mayores a 30 años
- Diagnosticadas con cáncer mamario en estadio no avanzado
- Estar en fase de tratamiento activo
- Que se encuentren dentro del servicio de oncología del Hospital central y estén adscritas al Seguro Popular.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Que la paciente se encuentre en fase terminal de la enfermedad.
- Presencia de trastorno psiquiátrico importante y/o imposibilidad de comunicación verbal.

La muestra final estuvo compuesta por 15 mujeres con una media de edad de 48,67 (rango de edad: 31-67 años); donde el 60% eran casadas, 14% eran solteras, 13% eran viudas y el 13% vivían en unión libre.

Diseño

El diseño del presente estudio es preexperimental, cuantitativo, con un grupo de muestreo por conveniencia. Las medidas se realizaron en pre y post tratamiento.

Evaluación

Como primera valoración se realizó con cada una de las pacientes que accedía a participar en el estudio una entrevista profunda, con las que se obtuvo la información sobre su historia clínica, datos médicos, antecedentes familiares, proceso de enfermedad, apoyo socio-familiar, y además corroborar si había algún indicio de trastorno de ansiedad y/o depresión.

Posterior a la entrevista profunda se aplicaron los instrumentos que ayudaron a evaluar las variables con las que se están trabajando:

- La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983)⁽¹⁵⁾, adaptada a población mexicana⁽¹⁶⁾ para medir ansiedad y depresión.
- El Cuestionario de afrontamiento al estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) (González Martínez, 2004)⁽⁷⁾, para medir el estilo de afrontamiento.
- El Whoqol-Bref del Whoqol Group adaptado en México (González-Celis, 2002)⁽¹⁷⁾, que evalúa la percepción de calidad de vida en sus cuatro dominios (salud psicológica, salud física, relaciones interpersonales y entorno).

Procedimiento

Mediante un tríptico informativo, se invitaron a las pacientes que acudían al servicio de oncología y cumplían con los criterios de exclusión a participar en una intervención psicológica individual. Una vez que las pacientes accedieron a participar en el estudio, se solicitó a las pacientes firmar un consentimiento informado, para participar en el estudio y para permitir la grabación en audio de las sesiones.

Se concertaba una cita con cada paciente (frecuentemente coincidía con sus citas médicas), para iniciar con el proceso psicológico el cual constaba de 3 fases, según la teoría de la terapia cognitivo conductual: Fase de evaluación, fase de intervención, fase de seguimiento.

En las primeras dos sesiones se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas, se realizó una entrevista profunda y se aplicaron los tres instrumentos, que se describieron previamente. En la segunda sesión se establecieron los objetivos terapéuticos con cada una de las pacientes.

La media del número de sesiones de la fase de intervención fue de 10 sesiones individuales (esto dependía de su análisis funcional) con frecuencia de 2 a 4 semanas con una duración de 60 minutos cada una.

En la tercera fase se aplicaron los instrumentos del pre tratamiento, se realizó una entrevista profunda para indagar cuales habían sido los cambios que habían notado, si habían alcanzado o no sus objetivos iniciales, en caso de haber algún otro objetivo a trabajar, se dio seguimiento a las pacientes.

Tratamiento

El tratamiento individual estuvo dentro del marco de la terapia cognitivo conductual. Las sesiones (en su mayoría) se llevaban a cabo durante los días que acu-

dían al hospital, ya sea a sus análisis de laboratorio, citas médicas o tratamiento médico, durante los tiempos muertos de las pacientes. La intervención se basó en un manual de tratamiento cognitivo conductual previamente elaborado y la aplicación de las técnicas dependían, en gran medida, de los objetivos y la fase de tratamiento activo en la que se encontraban (ver tabla 1). En cada sesión se aplicaban tanto las preguntas escalas como los autoregistros para ver los avances de las pacientes.

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 20 y R commander (Rcmdr). Se inició con una evaluación de evaluación con el fin de comprobar la normalidad de los datos con una prueba de Shapiro-Wilk, con cada una de las escalas. La mayoría de las escalas tenían una distribución normal, por lo que se procedió a analizar con una t de Student para muestras relacionadas. En el caso de las escalas que no tenían una distribución normal, se aplicó una prueba t de Wilcoxon. Para comprobar la validez, se empleó un análisis de fiabilidad tanto en el pre como en el post tratamiento⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas y clínicas se describen en la tabla 2. Podemos observar que la mayoría de las participantes (N=15), son casadas (60%), tienen una escolaridad primaria (52%), se dedican al hogar (56%) y tienen hijos (83%). Respecto a los datos clínicos, se presentan los datos tomados al inicio del tratamiento psicológico. Se observa que todas las pacientes han pasado por quimioterapia (100%), nueve de ellas han sido sometidas a mastectomía radical (60%), solo cuatro habían pasado por

Tabla 1. **Síntesis de las técnicas del manual de tratamiento cognitivo conductual**⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

INTERVENCIÓN	
TÉCNICA	OBJETIVO
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación prequirúrgica y postquirúrgica. - Cuando la paciente finalizó, algún tratamiento médico y continuará con otro. Información sobre el tratamiento y efectos secundarios y los posibles efectos que el tratamiento médico tiene sobre el área emocional. - Factores de riesgo y prevención del cáncer. Hábitos saludables.
Relajación Muscular Progresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación prequirúrgica. - Disminuir sintomatología ansiosa. - Miedo a la canalización intravenosa - Efectos secundarios del tratamiento médico
Imaginación conductual Guiada	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando la sintomatología ansiosa es muy elevada. - Preparación para la desensibilización sistemática. - Llevar a la conciencia información negada o ignorada.
Respiración diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación prequirúrgica. - Disminuir niveles de ansiedad. - Cuando las pacientes reportan no tener tiempo para la RMP.
Autorregistros	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de pensamientos irracionales - Detectar conductas no saludables - Evaluación de avances en la intervención
Pensamientos Automáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar pensamientos y creencias desadaptativas. - Cambiar dichos pensamientos por ideas realistas constructivas - Trabajo con aceptación corporal.
Técnica ABC-DE	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar comportamientos y emociones que producen malestar en base al cambio de pensamientos y creencias irracionales por pensamientos racionales. - Para solución de conflictos con sus redes de apoyo (pareja, familia, amigos).
Detención de Pensamientos/ Distracción Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación prequirúrgica o de algún otro tratamiento que produzca síntomas ansiosos. - Detener pensamientos desadaptativos - Disminuir los síntomas secundarios producidos por el tratamiento médico.
Desensibilización sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación corporal - Disminución de ansiedad y/o depresión ante una situación que provoque angustia.
Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación para la cirugía, delegando responsabilidades. - Ante situaciones adversas, tanto en el trabajo como en la familia. - Problemas para conseguir recurso económico para el transporte hacia el hospital.

Tabla 2. **Variables sociodemográficas y clínicas**

(N=15)		N	%
Estado Civil	Casada	9	60
	Soltera	2	13
	Unión Libre	2	13
	Viuda	2	13
Escolaridad	S/ Escolaridad	3	13
	Primaria	12	52
	Secundaria	4	17
	Bachillerato	2	9
	Licenciatura	2	9
Ocupación	Ama de Casa	13	56
	Empleada	5	22
	Comerciante	5	22
Hijos	Sí	19	83
	No	4	17
Tratamientos Oncológicos durante el inicio del tratamiento psicológico.	Mastectomía radical	9	60
	Quimioterapia	15	100
	Radioterapia	4	17
	Terapia dirigida (anticuerpos)	2	13
	Medicamento para tratamiento y reducción de riesgo.	1	7

radioterapia (17%), dos pacientes se les había aplicado terapia dirigida (13%) y solo una se encontraba en tratamiento oral, para disminuir el riesgo (7%).

Se comprobó la fiabilidad de las escalas tanto en el pre como en el post test, donde se obtuvo un alpha de Cronbach conveniente, en las tres escalas (ver la tabla 3). Dos de las tres escalas aumentaron su fiabilidad, la escala de afrontamiento (CAEPO), redujo de (0,89 a 0,83), aun así, tiene un índice adecuado de confiabilidad.

Se llevó a cabo una prueba de Shapiro-Wilk. Se encontró que, todas las subescalas tenían una distribución normal excep-

to, en la escala HAD, en la dimensión de ansiedad, se empleó la prueba t de Student Welch (sí había homogeneidad). En el caso de la escala de afrontamiento, no había normalidad ni homogeneidad en algunas subescalas. En la dimensión espíritu de lucha (ELA), y negación (N), se implementó una prueba no paramétrica (t de Wilcoxon). Los resultados se muestran en la tabla de la 3 a la tabla 7.

Los análisis revelan cambios estadísticamente significativos entre la medida pre y post tratamiento en percepción de calidad de vida, en el dominio de salud física (M=-7,46; SD=10,50); t=-2,75, p=0,016 y relaciones interpersonales (M=-10,33;

Tabla 3. **Resultados del análisis de fiabilidad pre y post tratamiento**

Prueba	Alpha de Cronbach pretest	Alpha de Cronbach post test
HAD	0,74	0,79
Whoqol Bref	0,83	0,91
CAEPO	0,89	0,83

Tabla 4. **Resultados Brutos de las pruebas en el pre y post test (N=15)**

Variables	Tipo	PRE TEST N=15		POST TEST N=15	
		% de N	N	%	N
Estilo de Afrontamiento (CAEPO)	Afrontamiento Positivo	26%	4	40%	6
	Preferentemente positivo	33%	5	26%	4
	No definido	13%	2	13%	2
	Preferentemente negativo	26%	4	13%	2
	Negativo	-	0	6%	1
Percepción de Calidad de Vida (WHOQOL BREF)	Abajo del 50				
	Salud Física	40%	6	13%	2
	Salud Psicológica	20%	3	20%	3
	Relaciones Interpersonales	46%	7	33%	5
Ansiedad (HAD)	Entorno	33%	5	46%	7
	Dudoso (8-10)	13%	2	6%	1
Depresión (HAD)	Problema Clínico (<10)	33%	4	-	0
	Dudoso	13%	2	6%	1
	Problema Clínico	13%	2	-	0

SD=18,42); $t=-2,17$, $p=0,048$. En la escala HAD se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la subescala de ansiedad $t=-2,35$, $p=0,027$ y en la escala global ($M=5,6$; $SD=7,69$), $t=2,81$, $p=0,014$. Para finalizar en la escala CAEPO la cual mide afrontamiento, solo se

obtuvo una significancia estadística en la subescala de negación $w=74$, $p=0,048$.

Para calcular el efecto de la intervención en las pacientes de nuestro estudio se calculó la d de Cohen⁽²¹⁾, la cual es una medida relativa entre la diferencia de medias (en este caso de un mismo grupo),

Tabla 5. **Comparación en el pre y post tratamiento. Prueba T de Student para datos relacionados**

	Media	Desviación Típica.	d de cohen	T	P entre el pre y post
Whoqol Bref					
Salud Física	-7,46	10,50	-1,46	-2,75	0,016**
Salud Psicológica	-5,46	11,96	-0,94	-1,76	0,099
Relaciones Interpersonales	-10,33	18,42	-1,15	-2,17	0,048**
Entorno	-1,733	11,44	-0,31	-0,58	0,567
HAD					
Depresión	2,0	4,19	0,98	1,84	0,08
Global	5,6	7,69	1,50	2,817	0,014**
CAEPO					
utocontrol y control emocional	0,46	3,92	0,24	0,46	0,65
Búsqueda de apoyo social	0,33	2,79	0,24	0,46	0,65
Pasividad y regresión pasiva	0,467	2,80	0,34	0,64	0,52
Ansiedad y Preocupación Ansiosa	0,53	4,77	0,22	0,43	0,67
Huida y Distanciamiento	0,33	3,49	0,19	0,36	0,71

** p<0,05

Tabla 6. **Comparación de datos pre y post tratamiento. Prueba T de Welch**

Subescala	T	DF	D	P
HAD • Ansiedad	-2,358	23,33	-0,97	0,027**

**p<0,05

Tabla 7. **Comparación de datos pre y post tratamiento. Prueba T de Wilcoxon**

Subescala	W	P
CAEPO		
• Espiritu de Lucha	49	0,83
• Negación	74	0,048**

**p<0,05

informándonos cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de las dos mediciones (es decir; pre tratamiento y postratamiento) que se comparan en nuestros pacientes. Una *d* de Cohen cercana a 0,2 explicaría un efecto pequeño, una *d* cercana a 0,5 un efecto moderado y una *d* por encima de 0,8 un efecto grande. En este sentido, la tabla 5 muestra una *d* de Cohen de 0,95 para la variable depresión, indicando un efecto grande de la variable tratamiento sobre esta variable. Por otro lado la subescala Pasividad y regresión pasiva (CAEPO) de la variable Afrontamiento al Estrés registró una *d* de Cohen de 0,34 indicando un efecto moderado.

No obstante, las variables Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Interpersonales y Entorno, registraron una *d* de Cohen negativa, lo cual en este estadístico puede indicar deterioro o cambio opuesto en la dirección predicha en la variable en cuestión. Sin embargo, en el caso del WHOQOL BREF, a mayor puntuación mayor calidad de vida. En el caso de nuestras pacientes, antes del tratamiento, registraron una puntuación media en estas subescalas de Calidad de vida que oscila de 48,67 a 57,13, y en el pos-tratamiento de 61,15 a 65,46, indicando un aumento en su percepción de Calidad de Vida (ver tabla 8). Específicamente, en Salud Física y Relaciones Interpersonales, fueron las sub escalas que registraron mayor efecto.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio se centra fundamentalmente en las alteraciones psicológicas, los estilos de afrontamiento y, cómo estos afectan la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. En primer lugar, nuestro principal interés residía en comprobar la eficacia de un programa de intervención individual, fundamentado en la terapia cognitivo conductual. Se midió tanto en la fase inicial como al finalizar el tratamiento, a un grupo de quince pacientes atendidas en un hospital público del estado de San Luis Potosí, México.

Los datos demuestran la eficacia del tratamiento, se revelan cambios positivos, tanto clínica como estadísticamente sobre el malestar emocional principalmente en ansiedad. En cuanto a la variable depresión, aunque no se observó una diferencia estadísticamente significativa, si observamos una reducción clínicamente significativa de acuerdo con los puntos de corte de la escala HAD. Estos resultados coinciden con investigaciones anteriores, como el estudio realizado por Narváez et. al. (2008), Cruess et al. (2000), entre otros^(8-10,13,19); que demuestran que la terapia cognitivo conductual, ayuda a disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva de las pacientes, siendo así eficaz la intervención.

En cuanto a la percepción de calidad de vida, también hubo cambios estadísti-

Tabla 8. **Puntuaciones medias del pre y postratamiento en las Subescalas del Whoqol Bref**

	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Interpersonales	Entorno
M Pre-tratamiento	56,80	57,93	48,67	57,13
M post-tratamiento	64,54	65,46	63,23	61,15

camente significativos, tanto en la dimensión de salud física como en la de relaciones interpersonales. Es probable que hayan surgido mejoras en dichas dimensiones debido a que la intervención de las pacientes se focalizó hacia atender los objetivos terapéuticos iniciales, los cuales se centraron principalmente en la preparación para cada una de las etapas del tratamiento médico, así como la relación que tenían con las personas cercanas a la paciente, y los conflictos que se llegaban a presentar durante el proceso de enfermedad.

En relación a la dimensión de salud psicológica, aun cuando no hubo cambios estadísticamente significativos, podemos suponer que, sea debido a un efecto de "techo" dado que en el pre tratamiento habían obtenido una buena puntuación en esta dimensión, la cual continuó siendo favorable, salvo algunos casos. Respecto a la dimensión de entorno, las pacientes no mostraron algún cambio estadístico; esto lo podemos adjudicar a que esta dimensión principalmente mide la capacidad económica, la cual a raíz de la enfermedad se ve mermada debido a varios factores, como pago de transporte, merma en la actividad laboral de la paciente que se ve interrumpida por el tratamiento y sus efectos secundarios, entre otros.

Este resultado contrasta con los del estudio de Bellver⁽²²⁾ y el estudio de Garduño, et al.⁽¹¹⁾ que al intervenir de manera grupal, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las relaciones interpersonales (familia), pero si encuentran diferencias estadísticas en el área de salud psicológica (área emocional).

En cuanto a la tercera variable, afrontamiento, se obtuvo significancia estadística en la subescala, negación. En varias de las subescalas de este cuestionario, podemos hablar también, de un efecto "techo", ya que en la evaluación inicial las pacientes tuvieron buenos resultados y continuaron con buenas estrategias de afrontamiento.

Cabe mencionar que, la literatura demuestra que un tratamiento menos invasivo o desfigurativo, ayuda a disminuir los niveles de estrés experimentados por las pacientes⁽²³⁾. Es por eso que, los estilos de afrontamiento varían y dependen en gran medida del pronóstico y en la fase de la enfermedad en la que se encuentren. Se recomienda para futuros estudios, ampliar el número de sesiones enfocadas a las estrategias de afrontamiento, para lograr un mayor cambio en dicha variable.

Con lo que respecta al análisis del tamaño del efecto, se puede observar un mayor efecto en dos de las dimensiones de calidad de vida; tanto en la dimensión de salud física como de relaciones interpersonales. De igual forma, se vio un cambio mayor en la escala HAD tanto de manera global, como en las dos subescalas (arriba del 0,97). Es importante tomar en cuenta las reflexiones metodológicas que realiza Frías Navarro et al.⁽²⁴⁾, donde el tamaño del efecto debe de ser interpretado de acuerdo al contexto y al tipo de intervención que se realizó con las pacientes, ya que aún cuando en el análisis estadístico, se revela un pequeño efecto en la variable de afrontamiento, en el contexto de la intervención clínica, fueron relevantes los cambios realizados en la población posterior a la terapia cognitivo conductual.

Somos conscientes de las limitaciones que presenta nuestro estudio, en relación a la asignación aleatoria, tamaño muestral, abandono de intervención, entre otras; las cuales hacen que disminuya la generalización de los resultados, sin que esto signifique que el tratamiento sea menos eficaz para la población de donde proviene nuestra muestra. Si bien muchas de estas limitaciones son solucionadas en otros estudios, muchas de estas limitaciones concuerdan con la literatura revisada⁽²⁵⁾.

Se concluye que, los hallazgos del presente estudio amplían los datos del esta-

do del arte local e internacional, en donde se demuestra que la terapia cognitivo conductual puede llegar a ser eficaz en diversos aspectos psicológicos, en pacientes con bajo nivel de escolaridad y con restricciones económicas⁽¹¹⁾. Aun cuando en la mayor parte de la literatura revisada realizan intervenciones grupales, debido al costo-beneficio de dichas intervenciones, en el caso de la muestra de nuestro estudio fue primordial realizar una intervención individual, debido a que el 47% de las participantes eran de diversos municipios, lo cual les impedía acudir a la atención psicológica en otros días que no eran los de su tratamiento o consulta médica. Por otro lado, bajo este esquema de intervención individual, las pacientes tuvieron un espacio de confidencialidad y aceptación plena para expresar sus emociones y abordar otros temas como el ejercicio de su sexualidad durante la enfermedad, tema difícil de abordar en un entorno de terapia de grupo y a su vez, importante para una mejoría en la percepción de la calidad de vida⁽²⁶⁾.

Agradecimientos: *El presente artículo forma parte del trabajo de investigación de la primera autora bajo la supervisión de los otros dos autores para la obtención del grado de Maestría en Psicología. Se contó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) para la realización del estudio.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Globocan. Breast cancer estimated incidence, Mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon France. 2014 [Acceso 12 de julio de 2014] Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. Institute NC. Adaptación al Cáncer: ansiedad y sufrimiento. Bethesda, MD, 25 de abril de 2014 [Acceso 2 de mayo de 2014]; Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page8>.
3. Institute NC. Depresión. Bethesda, MD, 2014 [revisado 02 de mayo de 2014]; Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/HealthProfessional>
4. Krebber, A.M.H, Buffart, L.M, Klejin, G., Riepma, I.C., de Bree, R., Leemans, C.R., et al. Prevalence of depression in cancer patients: A meta-analysis of diagnostic interviews and self report instruments. *Psychooncology* 2014;23:121-30. Doi: 10.1002/pon.3409.
5. Meza-Rodríguez MdP. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum* 2007;21:72-80.
6. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:423-46.
7. González MT. Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos Madrid: TEA Ediciones; 2004.
8. Báez M, Blasco T, Fernández CJ. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *An Psicol* 2003;19:253-46.
9. Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008;5:93-102.
10. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE., Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among woman being treated for early stage breast cancer. *Psychosom Med* 2000;2:304-8.
11. Garduño C, Riveros A, Sánchez-Sosa J. Calidad de vida y cáncer de mama: efectos

- de una intervención cognitivo-conductual. *Rev. Latinoam Med Cond* 2010;1:69-80.
12. Monsalve V, Gómez-Carretero P, Soriano J. Intervención psicológica en dolor oncológico: Un estudio de revisión. *Psicooncología* 2006;3:139-52.
 13. Font, A.; Rodríguez, E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2007; 4:423-46.
 14. Navas RJ. Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1981;13:75-83.
 15. Zigmond A, S.; Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and depression on scale. *Psychiatric Scand*. 1983;67: 361-70. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
 16. López-Alvarenga J, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martínez D, Sierra-Ovando A, González-Barranco J, Salín-Pascual, R. Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and depression scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. 2000; 54:403-9.
 17. González-Celis RA, Trón R, Chávez M. Evaluación de calidad de vida a través del Whoqol en población de adultos mayores en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. 117 p.
 18. Oblitas L. *Psicología de la Salud*. México: Ceneage Learning; 2010.
 19. Cruzado RJ. *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid, España: Síntesis, 2010.
 20. García CB. *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
 21. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: LEA., 1988.
 22. Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:133-42.
 23. Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Assessment and intervention*. *Cancer* 1992;69:817-28. Doi: 10.1002/1097-0142(19920201)69 :3<817: AID-CNCR2820690334>3.0.CO;2-S
 24. Frías MD, Pascual J, García JF. Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 2000;12:236-40.
 25. Soriano El-J. Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos de futuro *Rev de la UHU* 2011;34:259-90.
 26. Grau J, Llantá M, Chacón M, Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol* 1999;15:49-65.