

# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO

## PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BREAST AND CERVICAL CANCER

Jovita Ocampo Contreras, José Luis Valdez Medina,  
Norma Ivonne González Arratia López Fuentes  
y Patricia Andrade Palos

### Resumen

Se realizó una investigación con el objetivo de evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual para incrementar la Calidad de Vida (CV) en pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino del Estado de México. Participaron 13 pacientes; 6 con cáncer de mama y 7 con cáncer cervicouterino en diferentes fases de tratamiento. Fue evaluada la Calidad de Vida en las pacientes aplicando el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). El tratamiento tuvo una duración de 4 semanas y las mediciones se realizaron 4 semanas antes de la intervención y 4 semanas posteriores a la intervención. Los resultados revelaron mejoras estadísticas y clínicamente significativas en seis dimensiones de calidad de vida en todas las participantes.

**Palabras clave:** Calidad de vida, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, intervención cognitivo-conductual.

### Abstract

An investigation was conducted to evaluate the effect of a cognitive behavioral intervention program to improve the Quality of Life (CV) of patients with breast cancer and cervical cancer in the State of Mexico. This involved 13 patients; 6 with breast cancer and 7 with cervical cancer in different phases of treatment. The quality of life in patients was evaluated using the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa). The treatment lasted 4 weeks and the measurements were performed 4 weeks before the intervention and 4 weeks after the intervention. The results revealed statistically and clinically significant improvements in six areas of the quality of life of the participants.

**Key words:** Quality of life, breast cancer, cervical cancer, cognitive-behavioral intervention.

Recibido: 04-01-16 | Aceptado: 19-01-18

## INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha constituido en un grave problema de salud a nivel mundial durante los últimos 50 años y de acuerdo con estudios epidemiológicos representa la segunda causa principal de muerte después de las enfermedades cardíacas y continúan en aumento; teniendo mayor prevalencia en las mujeres, el cáncer de mama y cáncer cervicouterino (Harrison, 2005). En México, una de cada cuatro mujeres muere por tumores malignos y el cáncer de mama representa la segunda causa de muerte en jóvenes desde los 15 años de edad (Knaul et al., 2009). Del mismo modo, el cáncer cervicouterino se ha mantenido como la primera causa

de muerte en mujeres mexicanas. La edad promedio al momento del diagnóstico es de 45 años, pero la enfermedad puede ocurrir en la segunda década de la vida (Castellanos, 2003).

El cáncer se define como un conjunto de enfermedades que se caracterizan por la presencia de células neoplásicas (tumores) que crecen y se extienden sin control, desplazándose a través del torrente sanguíneo o linfático, extendiéndose a otras zonas del cuerpo (Brannon y Feist, 2001). Si la proliferación maligna de las células se ubica en los conductos o lobulillos que recubren la mama, hace referencia al cáncer mamario, pero si se ubican en el útero o cuello del útero se relaciona con el cáncer cervicouterino (Kasper, et al., 2005).

Las investigaciones refieren que el diagnóstico y tratamiento por cáncer tienen un impacto negativo en la calidad de vida (CV) de las pacientes. En el caso

de pacientes con cáncer de mama, los niveles más bajos de CV se presentan en el momento de diagnóstico y después de la mastectomía. Además el deterioro que se presenta, está en función del daño que la enfermedad provoca en la imagen corporal y en el desempeño físico (Rabin, Heldt, Hirakata y Fleck, 2008; Larsson, Sandelin y Forsberg, 2010). Por su parte, las mujeres con cáncer cervicouterino que son sometidas a mayor número de tratamientos y procedimientos médicos presentan peores índices de CV (Hawighorst-Knapstein et al., 2004).

El reconocimiento de este hecho, ha dado lugar a un incremento en investigaciones relacionadas a implementar programas que desarrollen habilidades en las pacientes para hacerle frente a las complicaciones de la enfermedad, disminuyendo el impacto negativo que genera el diagnóstico y la terapia adyuvante e incrementar su CV.

Se ha demostrado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el mejoramiento de la CV de mujeres con cáncer de mama y cáncer cervicouterino (Duijts, Faber, Oldenburg, Beurden y Aaronson, 2011; Ferguson et al., 2007; Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman y Grunfeld, 2009; Manos, Sebastián, Mateos y Bueno, 2009; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007).

Páez, Luciano y Gutiérrez (2007) emplearon la TCC para disminuir síntomas psicológicos como la ansiedad y la depresión generados por el cáncer y sus tratamientos, encontrándose que las técnicas basadas en el modelo cognitivo-conductual incrementaron los niveles de CV y disminuyeron los índices de ansiedad y depresión, sobre todo a largo plazo (12 meses después del tratamiento).

En un estudio realizado por Cohen y Fried (2007) se demostró que las intervenciones conductuales pueden desempeñar un papel clínicamente significativo en la optimización de la resistencia inmunológica del organismo durante el período vulnerable de la enfermedad, ya que se redujeron en las pacientes los niveles de estrés, la fatiga y dificultades del sueño.

Una de las principales técnicas utilizadas en la TCC es la psico-educación, mediante la cual se facilita afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, la aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y/o existenciales (Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010).

Font y Rodríguez (2008) demostraron que la psico-educación tenía un efecto positivo en el estado emocional y el uso de recursos de afrontamiento específicamente en el momento del diagnóstico y etapas tempranas de la enfermedad. Esta técnica se utilizó para proporcionar a las pacientes información sobre la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas en el afrontamiento a la enfermedad, reducción de la ansiedad,

la satisfacción del paciente con la atención recibida y adhesión a las indicaciones médicas.

Además de la psico-educación, se han empleado técnicas de autorregulación conductual en pacientes con cáncer de mama y se ha demostrado su eficacia para mejorar la CV en las pacientes.

Las técnicas consisten en el establecimiento de habilidades de auto-cuidado, la modificación de actos verbales internos incompatibles y regular conductualmente respuestas emocionales desadaptadas (Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008).

En estudios previos realizados por Antoni, Lechner, Díaz, Vargas, Holley et al. (2009) y Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman y Grunfeld (2009) se encontró que las técnicas de modificación de cogniciones disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva y técnicas de autorregulación emocional generaron en las pacientes una mejor adaptación psicosocial, representada en bajos niveles de ansiedad e inclusive en una mejor adaptación fisiológica ante el cáncer. Lo anterior, favoreció la recuperación o el mantenimiento del organismo en el momento de recibir la terapia adyuvante.

Font y Rodríguez (2008) emplearon técnicas de modificación de cogniciones disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva y técnicas de autorregulación emocional, utilizando el entrenamiento en respiración diafragmática profunda y la relajación muscular, encontrándose en las pacientes un mejor control de síntomas relacionados con el cáncer y mejores estrategias de afrontamiento en las diferentes fases de la enfermedad.

En un estudio realizado en pacientes mexicanas con cáncer de mama, se sometió a prueba un sistema de autorregistro conductual para sondear los efectos de una intervención conductual como apoyo al tratamiento y reducción del estrés en pacientes con cáncer mamario y con baja escolaridad. Los resultados revelaron una mejoría notoria en la mayoría de las categorías conductuales y emocionales prácticamente en todas las participantes, específicamente mejoró la categoría sobre tiempo con la familia y amigos, redujo las conductas de riesgo, generó reacciones emocionales positivas y la restauración de horas de sueño (Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008).

Por lo anterior, se realizó una investigación con el objetivo de evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual basado en un sistema de autorregistro conductual y un procedimiento de psico-educación para el mejoramiento de la CV en pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino del Estado de México.

La hipótesis planteada establece que habrá diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la calidad de vida, después de la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino del Estado de México.

## MÉTODO

### Muestra

Participaron 13 pacientes con diagnóstico confirmado por oncólogos especialistas del Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, 6 pacientes con cáncer de mama y 7 pacientes con cáncer cervicouterino; 12 participantes se encontraban en fase de tratamiento y 1 en fase de diagnóstico; 10 participantes recibían quimioterapia, radioterapia o ambas y 2 de ellas se habían sometido a cirugía y recibían quimioterapia; una paciente no recibía tratamiento. La edad promedio de la muestra era de 48,2 años (DE=9), en un rango de 34 a 63 años. Respecto a la escolaridad, 7 pacientes habían terminado sus estudios de educación primaria o educación secundaria, 5 pacientes habían concluido la educación superior y preparatoria y 1 paciente tenía posgrado.

7 participantes eran casadas, 2 vivían en unión libre y 4 eran solteras; 6 pacientes se dedicaban al hogar, 3 desempeñan una profesión y 4 eran empleadas o comerciantes; 12 pacientes eran residentes de la Ciudad de Toluca y 1 de ellas vivía fuera de la Ciudad de Toluca. Finalmente, 12 pacientes profesaban la religión católica y 1 de ellas, la religión cristiana.

### Instrumentos y materiales

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizaron los siguientes instrumentos:

**-Formato de Entrevista e Historia Clínica.** Contiene preguntas relacionadas con datos de identificación de las pacientes, la descripción clínica del diagnóstico, la estructura, funcionamiento y dinámica familiar, área marital, área social, área laboral y área médica general.

**-Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCa-ViSa).** Este inventario fue elaborado por Riveros, Del Águila y Sánchez-Sosa (2009) y contiene 53 reactivos que miden doce dimensiones de Calidad de Vida; tiene un formato de opción múltiple en escala Likert con seis opciones de respuesta que van de nunca a siempre y con un componente porcentual de 0 a 100. Los reactivos son calificados asignando a las respuestas un valor de 0 a 5 puntos.

Las puntuaciones son interpretadas en percentiles (puntuación media en percentil 50, alta en percentil 75, baja en percentil 25 y los extremos calificados como muy alta y muy baja se refieren a los percentiles 90 y 10). El inventario cuenta con índices de consistencia interna de Alfa de Cronbach que van de 0,68 a 0,93 en las dimensiones que lo constituyen.

Las áreas de Calidad de Vida que evalúa son las siguientes: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico.

**-Folletos informativos para sobrellevar el cáncer de mama y cáncer cervicouterino.** Se utilizaron dos folletos elaborados por Sánchez-Sosa y Alvarado (2008), los cuales fueron adaptados para este estudio y contienen cuatro cuartillas cada uno, escritas a doble columna en un castellano sencillo para las pacientes. Se modificó el diseño original en blanco y negro que no contenía imágenes a un diseño en color con imágenes que ilustraban con más claridad la información presentada.

Los folletos contienen información relacionada con el cáncer de mama y cáncer cervicouterino: concepto, detección y sintomatología, pronóstico, tratamiento, efectos secundarios al tratamiento; dando énfasis en aspectos psicológicos y conductuales relevantes. Todas las imágenes fueron probadas a través de observaciones realizadas por el titular del área de psicooncología en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, Dr. Oliver García, revisando su claridad y pertinencia.

**-Folletos informativos para mejorar la calidad de vida en el cáncer de mama y cáncer cervicouterino.** Se utilizaron dos folletos diseñados para esta investigación que contienen cuatro cuartillas cada uno, escritas a doble columna en un castellano sencillo para las pacientes.

El diseño es en color y con imágenes que ilustran con más claridad la información presentada. Los folletos contienen información relacionada con el concepto de calidad de vida (CV), los aspectos que favorecen la CV en el cáncer, el afrontamiento a la enfermedad, el recurso de la resiliencia, los indicadores para evaluar la CV y finalmente las conductas relevantes para mejorar la CV. Todas las imágenes fueron probadas a través de observaciones realizadas por el titular del área de psicooncología en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, Dr. Oliver García, revisando su claridad y pertinencia.

**-Folleto de auto-registros conductuales.** Consistió en un folleto portátil (de tamaño pasaporte) elaborado por Sánchez-Sosa y Alvarado (2008) que fue adaptado para este estudio. Contiene ocho páginas con espacios expresamente diseñados para registrar las categorías conductuales descritas debajo y otra información adicional pertinente para una semana. En la portada se registraron datos como: nombre, edad, diagnóstico, tipo de tratamiento, domicilio, número de teléfono en casa (si tenía) o un número de teléfono para dejar mensajes con un vecino cerca o pariente, el nombre del médico tratante, nombre del terapeuta conductual, la fecha y hora de la próxima cita en el hospital y un espacio para notas u observaciones breves.

A excepción de la información requerida en la portada, usualmente escrita por el terapeuta, nadie podía escribir más que la paciente y todos los espacios de registro contenían imágenes individuales en color claramente visibles, mostrando la conducta que el paciente debía realizar o el objetivo necesario

para realizar tal conducta (por ejemplo: el alimento, el cepillado de dientes, etc.). De esta manera, las pacientes solamente debían marcar el espacio apropiado para registrar una ocurrencia de la conducta. Todas las imágenes fueron probadas anteriormente considerando la claridad y la pertinencia a través de revisiones realizadas por un juez externo (jefe del área de psicooncología en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM).

En relación al listado final de conductas incluidas en el folleto, las definiciones fueron desarrolladas de la siguiente manera:

*-Tomar medicamentos.* Habiendo tomado la cantidad de pastillas, gotas o cucharadas, prescritas por el médico y registradas en los archivos del hospital; la paciente no debía sobrepasar una hora del tiempo especificado en un periodo de 24 horas.

*-Relajación muscular profunda.* Si la paciente llevó a cabo los procedimientos de relajación muscular profunda como se le mostró en una sesión previa, tensando y relajando músculos específicos, iniciando de la cabeza a los pies, de la siguiente manera: la frente, las mejillas, los labios, la mandíbula, el cuello, los hombros, los brazos, las manos, el abdomen, los glúteos, las piernas, los tobillos y los pies. Las especificaciones de la respiración incluyeron tres requisitos: a) profunda; b) diafragmática, expandiendo el aire desde el abdomen al respirar y contrayéndolo al expulsar y c) lenta, la respiración debía tener una duración aproximada de ocho segundos, desde inhalar hasta exhalar (Fahrion y Norrís, 1990; Lehrer, 1996, citados en Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008).

*-Dieta.* Esta implicaba el número diario de porciones de alimento prescrito por el hospital como por el médico, inclusive fuentes de proteína, frutas, carbohidratos, verduras, productos lácteos, cereales y agua.

*-Ejercicio físico.* Ocuparse en la actividad física durante un mínimo de veinte minutos diarios hasta producir sudor, con excepción de contraindicaciones específicas proporcionadas por el médico.

*-Rendimiento en el trabajo.* El registro de días semanales (para pacientes con empleo formal) en que la paciente asistió al trabajo y permaneció una jornada laboral completa. Para las pacientes desempleadas, el registro de actividades usuales en casa como limpiar, lavar ropa y/o algunos otros quehaceres domésticos.

*-Horas de descanso y sueño.* El registro de horas por semana en que la paciente dormía de noche con interrupciones sólo secundarias (no sobrepasando un estimado de treinta minutos) y despertándose descansado.

*-Actividad sexual.* El registro de días dentro de una semana en que la paciente tuvo alguna clase de encuentro sexual íntimo.

*-El tiempo con la familia o amigos.* El registro semanal en que la paciente pasó un mínimo de treinta

minutos en una plática tranquila o actividad semejante con uno o más parientes o los amigos.

*-Recreación.* El registro semanal en que la paciente realizó alguna actividad recreativa (mirando una película, escuchando la radio, el baile, etc.) con la familia, los amigos o ella sola.

*-Higiene y cuidado personal.* La frecuencia semanal de cinco conductas: baño, cepillado de dientes, mantener la piel hidratada, usar ropa limpia y cómoda y evitar exponerse a temperaturas elevadas.

*-Conductas de riesgo.* La frecuencia semanal de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, comer alimentos que contienen conservadores, alimentos enlatados, alimentos con alto contenido de grasa animal y alimentos procesados.

*-La identificación de reacciones emocionales.* La frecuencia semanal de reacciones emocionales predominantes en períodos de 24 horas: tristeza, alegría, enojo y angustia. En este apartado se incluyó un espacio en blanco, donde la paciente podía escribir especificaciones importantes relacionadas a su estado de ánimo percibido.

*-Los registros adicionales.* Por último, el folleto tuvo un espacio para notas con respecto a dudas o preguntas por la paciente en relación con el tratamiento, especificaciones médicas o alguna otra opinión. Del mismo modo, había un espacio para tareas específicas en casa, si es que fueran necesarias.

### Procedimiento

Todas las entrevistas, recolección de datos y procedimientos de intervención estuvieron a cargo de quien elaboró esta investigación.

*Procedimiento general.* Se hizo el contacto con las pacientes en las áreas de consulta externa, quimioterapia y radioterapia del Centro Oncológico Estatal ISSEMYM. Fueron informadas de la investigación y sobre el papel del comportamiento en el tratamiento del cáncer y de los beneficios potenciales de integrarse al Programa de Intervención. Las pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria, se les presentó y explicó una de carta de consentimiento informado con las características del estudio, sus posibles beneficios, responsabilidades adquiridas, garantía de anonimato, confidencialidad y la libre opción de dejar el estudio en cualquier momento sin consecuencias institucionales de ninguna índole. Finalmente, se les ofreció asesoría adicional después de completar los protocolos del proyecto, si así lo requería.

Fue aplicado el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) cuatro semanas antes de la intervención. Se solicitaron datos de identificación como dirección y teléfono de contacto para indicarles la fecha de inicio del Programa de Intervención. Se hizo contacto con las pacientes para dar inicio al Programa de Intervención y se programó una cita con cada una de ellas en el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM. Cabe mencionar que ocasionalmente las se-

siones se realizaban en la casa de la paciente por imposibilidad para transportarse al hospital.

Se concluyó el programa con una sesión de cierre y retroalimentación a las pacientes mediante un análisis minucioso de los avances observados en los registros conductuales y se invitó a continuar con los hábitos y conductas adquiridas durante la Intervención.

Se informó de la última y segunda aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud y se agradeció su participación en el programa.

**Procedimientos Clínicos.** La intervención fue desarrollada bajo una modalidad individual, de corta duración, activa, focalizada, y directiva en consultas semanales de una hora, en un promedio de 4 sesiones, las cuales se describen a continuación:

**Primera Sesión.** Se completó el formato de entrevista e historia clínica de las pacientes.

Se hizo entrega del primer folleto de auto-registro conductual que deberían completar durante la semana, realizando una descripción detallada de las conductas que debían evaluar, observando su respectiva imagen y la manera en que debían realizar el registro.

Se informó de los procedimientos de relajación muscular profunda, tensando y relajando músculos específicos, iniciando de la cabeza a los pies, de la siguiente manera: la frente, las mejillas, los labios, la mandíbula, el cuello, los hombros, los brazos, las manos, el abdomen, los glúteos, las piernas, los tobillos y los pies. Las especificaciones de la respiración incluyeron tres requisitos: a) profunda; b) diafragmática, expandiendo el aire desde el abdomen al respirar y contrayéndolo al expulsar; y c) lenta, la respiración debía tener una duración aproximada de ocho segundos, desde inhalar hasta exhalar (Fahrion y Norris, 1990; Lehrer, 1996, citados en Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008).

**Segunda Sesión.** Se recibió el primer folleto de auto-registros conductuales y se dio retroalimentación mediante un análisis minucioso de los avances y conductas observadas durante la semana.

Se hizo entrega de un folleto en blanco que deberían completar durante la semana siguiente, realizando una descripción detallada de las conductas que debían evaluar tal y como se explicó en la primera sesión.

Se dio lectura al folleto informativo para sobre llevar el cáncer de mama y cáncer cervicouterino. La lectura se realizó de manera pausada y se preguntaba la opinión referente al texto leído. Si la paciente no aceptaba leer, el terapeuta leía, explicaba y ejemplificaba los contenidos del texto en términos sencillos y se le invitaba a hacer preguntas. También se le explicaba que cualquier duda sería bienvenida en cualquier momento durante el tratamiento.

Se informó de los procedimientos de relajación muscular profunda, tensando y relajando músculos específicos tal y como se explicó en la primera sesión.

**Tercera Sesión.** Se recibió el segundo folleto de auto-registros conductuales y se dio retroalimentación mediante un análisis minucioso de los avances y conductas observadas durante la semana.

Se hizo entrega de un folleto en blanco que deberían completar durante la semana siguiente, realizando una descripción detallada de cada conducta que debían evaluar tal y como se explicó en la primera y segunda sesión.

Se dio lectura al folleto informativo sobre cómo mejorar la calidad de vida en el cáncer de mama y cáncer cervicouterino. La lectura se realizó de manera pausada y se preguntaba la opinión referente al texto leído. Si la paciente no aceptaba leer, el terapeuta leía, explicaba y ejemplificaba los contenidos del texto en términos sencillos y se le invitaba a hacer preguntas. También se le explicaba que cualquier pregunta sería bienvenida en cualquier momento durante el tratamiento.

Se informó de los procedimientos de relajación muscular profunda, tensando y relajando músculos específicos tal y como se explicó en la primera y segunda sesión.

**Cuarta Sesión.** Se recibió el tercer folleto de auto-registros conductuales y se dio retroalimentación mediante un análisis minucioso de los avances y conductas observadas durante la semana.

Se hizo entrega de un folleto en blanco que deberían completar durante la semana siguiente, realizando una descripción detallada de cada conducta que debían evaluar tal y como se explicó en la primera, segunda y tercera sesión.

Se informó de los procedimientos de relajación muscular profunda, tensando y relajando músculos específicos tal y como se explicó en la primera, segunda y tercera sesión.

Se concluyó el programa mediante un análisis minucioso de los avances observados en los registros conductuales y se invitó a las pacientes a continuar con los hábitos y conductas adquiridas durante la Intervención.

El cuarto y último folleto de auto-registros conductuales fue recibido antes de la segunda aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud.

## RESULTADOS

Con la finalidad de observar las diferencias en las dimensiones de la calidad de vida antes y después de la intervención, se aplicó la prueba estadística no paramétrica t de Wilcoxon para muestras relacionadas. De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en seis de las doce dimensiones de calidad de vida tales como preocupaciones, aislamiento, percepción corporal, tiempo libre, vida cotidiana y dependencia médica (ver Tabla 1).

De manera particular fueron calculadas las pun-

tuaciones medias en las doce dimensiones de CV antes y después de la intervención. Los resultados mostraron que ocho dimensiones de CV presentaron puntuaciones bajas después de la intervención, tales como preocupaciones ( $M_1=8,00$ ;  $M_2=4,46$ ), aislamiento ( $M_1=4,00$ ;  $M_2=2,00$ ), percepción corporal ( $M_1=6,62$ ;  $M_2=3,92$ ), funciones cognitivas ( $M_1=5,54$ ;  $M_2=4,38$ ), actitud al tratamiento ( $M_1=3,54$ ;  $M_2=3,31$ ), tiempo libre ( $M_1=8,85$ ;  $M_2=6,23$ ), vida cotidiana ( $M_1=5,85$ ;  $M_2=2,85$ ) y dependencia médica ( $M_1=14,77$ ;  $M_2=14,69$ ). Las cuatro dimensiones restantes presentaron puntuaciones altas después de la intervención: desempeño físico ( $M_1=10,85$ ;  $M_2=12,77$ ), familia ( $M_1=19,15$ ;  $M_2=19,23$ ), redes sociales ( $M_1=16,31$ ;  $M_2=16,31$ ) y relación con el médico ( $M_1=14,23$ ;  $M_2=15,08$ ) (ver tabla 2).

Finalmente, se realizó un análisis descriptivo de las categorías conductuales registradas en las 4 semanas de intervención. Se encontró que el 39% de las pacientes no toma ningún tipo de medicamento en casa y el 61% toma medicamento. El 69% practica técnicas de relajación tres a cuatro veces a la semana. Su alimentación se basa en el consumo de pollo y pescado (69%), frutas y verduras (54%) y de lácteos y cereales (65%) una o dos veces a la semana. Del mismo modo, durante toda la semana practicaban actividades saludables como: realizar actividad física (54%), actividad laboral (100%), dormir 8 horas diarias (77%) y dedicar tiempo de recreación con familiares y amigos (77%). Sin embargo, la intimidad sexual no era practicada en un 62% ninguna vez a la semana. Por otro lado, en el 100% de las pacientes reportaron un autocuidado y aseo personal diario como baño, cepillado de dientes, ropa limpia y cómoda e hidratación de la piel. Del mismo modo, ninguna vez a la semana presentan conductas de riesgo como beber o fumar (100%), consumir productos embutidos y enlatados (69%), comida chatarra y con alto contenido en grasas o azúcares (42%) o exponerse al sol (100%). Por último, su estado de ánimo durante la semana lo reportaron como alegre (100%) y solamente una o dos veces a la semana presentaron tristeza (54%), enojo (46%) o angustia (15%) (ver Tabla 3).

## DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual basado en un sistema de auto-registro conductual y un procedimiento de psico-educación para el mejoramiento de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino del Estado de México.

Tomando en cuenta la hipótesis de investigación se confirmaron diferencias estadísticas y clínicamente observables en seis de las doce dimensiones

de calidad de vida después de la intervención cognitivo-conductual. Dichas dimensiones evaluaron el impacto negativo de la enfermedad en la vida de las pacientes, lo cual significa que disminuyeron las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, mostraron un menor aislamiento social, incrementaron el tiempo de convivencia con familiares y amigos, mejoró su vida cotidiana y disminuyó la dependencia médica.

Esta mejoría puede explicarse por el uso de técnicas de auto-regulación conductual, donde las pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino adquirieron habilidades de auto-cuidado, modificaron sus actos verbales internos incompatibles y regularon conductualmente sus respuestas emocionales ante el cáncer. Lo anterior se vio reflejado porque durante la intervención practicaron actividades saludables como: relajación, realizar actividad física, actividad laboral, dormir 8 horas diarias y dedicar tiempo de recreación con familiares y amigos, teniendo un control total sobre su cuidado y aseo personal y evitaron en todo este proceso conductas de riesgo como beber o fumar, consumir productos embutidos y enlatados, comida chatarra, con alto contenido en grasas o azúcares o exponerse al sol. Además, el estado de ánimo fue reportado como un estado de alegría.

Los resultados anteriores fueron consistentes con investigaciones realizadas por Sánchez-Sosa y Alvarado (2008); Antoni et al (2009) y Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman y Grunfeld (2009), quienes emplearon técnicas de autorregulación conductual en pacientes con cáncer y demostraron su capacidad para mejorar la CV en las pacientes.

Otro hallazgo importante fue que al emplear la psico-educación, la información proporcionada sobre la enfermedad, el tratamiento y el papel de las variables psicológicas como el afrontamiento y la resiliencia, incrementó la calidad de vida (CV) en las pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino. Lo anterior se vio reflejado en las ocho dimensiones de CV evaluadas, las cuales presentaron puntuaciones bajas después de la intervención y que representaban un impacto negativo del cáncer como eran las preocupaciones, aislamiento, alteraciones en la percepción corporal, alteraciones en las funciones cognitivas, actitud negativa al tratamiento, efecto negativo del cáncer en el tiempo libre, vida cotidiana de las pacientes y la dependencia médica. En seis de estas ocho dimensiones, las diferencias después de la intervención, fueron estadísticamente significativas. Las cuatro dimensiones restantes, a pesar de no haber mostrado diferencias estadísticamente significativas, presentaron puntuaciones altas después de la intervención y son dimensiones positivas de calidad de vida como es el desempeño físico, la relación con la familia, las redes sociales de apoyo y la relación con el médico.

Estos resultados fueron similares a investigacio-

nes realizadas por Font y Rodríguez (2008) quienes confirmaron que técnicas como la psico-educación tienen un efecto positivo en el estado emocional y el uso de recursos de afrontamiento, específicamente en el momento del diagnóstico y etapas tempranas de la enfermedad.

Sin embargo, aún con los hallazgos encontrados en la investigación se reconoce que, una de las limitantes presentadas en el estudio, fue el número reducido de participantes, fueron 13 pacientes, 6 pacientes con cáncer de mama y 7 pacientes con cáncer cervicouterino, por lo tanto, los resultados únicamente pueden ser aplicables a esta muestra en particular.

Por esta razón, es recomendable ampliar el número de participantes en estudios posteriores, pero además, ampliar el tiempo de tratamiento a 3 o 6 meses y realizar un seguimiento a largo plazo para tener mayor control del efecto de las técnicas empleadas en el programa de intervención.

Finalmente, a pesar de que más de la mitad de las pacientes (7 participantes) únicamente habían terminado sus estudios de educación primaria o educación secundaria, no se consideró una limitante, ya que los folletos de auto-registros conductuales podían ser llenados con facilidad y la lectura de los folletos informativos para sobrellevar el cáncer de mama y cáncer cervicouterino, o de calidad de vida, se realizó de manera pausada y se preguntaba la opinión referente al texto leído. Si la paciente no quería leer, el terapeuta leía, explicaban y ejemplificaba los contenidos del texto en términos sencillos y se le invitaba a hacer preguntas.

Con todo lo anterior, se concluye que existe la alternativa de generar estrategias para mejorar la CV de las pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino, proporcionándoles un mejor manejo de la enfermedad y de los síntomas generados por los tratamientos recibidos.

### Agradecimientos

Los autores agradecen al Centro Oncológico Estatal ISSEMYM por su invaluable apoyo para realizar este estudio y particularmente se extiende un agradecimiento a las pacientes que voluntariamente participaron en esta investigación.

### REFERENCIAS

- Antoni, M. H., Lechner, S., Díaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, C. S., & Blomberg, B., (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 23(5): 580-591.
- Brannon, L. y Feist J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Castellanos, M. R. (2003). Cáncer cervico uterino y el VPH Opciones de detección. *Revista de la Facultad Medicina de la UNAM*, 46: 63-66.
- Cohen, M., & Fried, G. (2007). Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on Social Work Practice*, 17 (3): 313-323.
- Duijts, F. A. S., Faber, M. M., Oldenburg, S. A. H., Beurden, V. M., & Aaronson, K. N. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors— a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20: 115-126.
- Ferguson, R. J., Ahles, T. A., Saykin, A. J., McDonald B. C., Furstenberg, C. T., & Mott, L. A (2007). Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psycho-Oncology*, 16 (8), 772-777.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2008). Eficacia de intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446.
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa J. J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una Intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. L. y Loscalzo, J. (2005), *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: Mc Graw - Hill.
- Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., & Pilch, H., (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10- year study. *Gyneco Oncology*, 94, 398-403.
- Hunter, M. S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I., & Grunfeld, E. A. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioral intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 18(5), 560-563.
- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A. y Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, 51(2): 335-344.
- Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer nursing*, 33 (2), 164-170.
- Manos, D., Sebastián, J., Mateos, N., & Bueno, M. J. (2009). Results of a multi-componential psychosocial intervention programme for women with early-stage breast cancer in Spain: quality of life and mental adjustment. *European Journal of Cancer Care*, 18, 295-305.
- Páez, M. B., Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- Rabin, E. G., Heldt, E., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European Journal of Oncology Nursing*, 67,10-B, 6074.
- Riveros, A. R.; Del Águila M. y Sánchez-Sosa J. J. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. México: Manual Moderno.
- Sánchez-Sosa, J. J., & Alvarado, A. S. (2008). A Behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: a field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34 (2), 313-331.

Figura 1. Medición de las dimensiones de la Calidad de Vida antes y después de la intervención

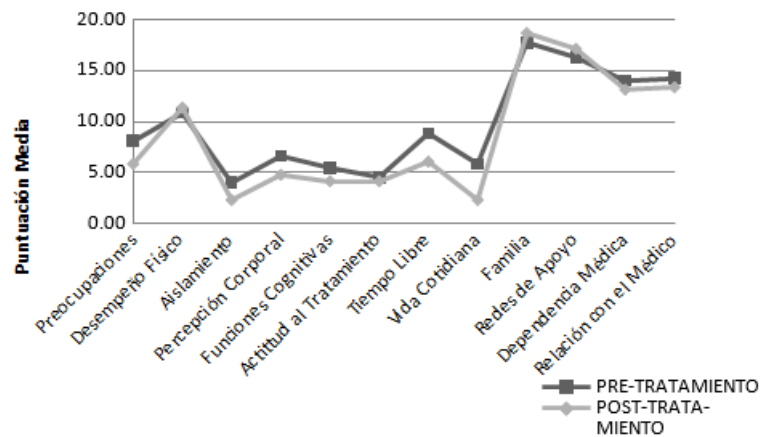


Tabla 1. Diferencias en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino

Dimensiones de Calidad de Vida	Z	Sig
Preocupaciones	-3.228	0
Aislamiento	-2.53	0.01
Percepción corporal	-2.41	0.01
Tiempo Libre	-2.327	0.02
Vida Cotidiana	-2.825	0
Dependencia Médica	-2.428	0.01

Tabla 2. Puntuaciones medias de las dimensiones de calidad de vida pre y post-tratamiento

Dimensión de calidad de vida	Puntuaciones medias	
	Pre-test	Post-test
Preocupaciones	8.00	4.46
Desempeño físico	10.85	12.77
Aislamiento	4.00	2.00
Percepción corporal	6.62	3.92
Funciones cognitivas	5.54	4.38
Actitud al tratamiento	3.54	3.31
Tiempo libre	8.85	6.23
Vida cotidiana	5.85	2.85
Familia	19.15	19.23
Redes sociales	16.31	16.31
Dependencia médica	14.77	14.69
Relación con el médico	14.23	15.08



Tabla 3. Frecuencia semanal de las categorías evaluadas en los registros conductuales de las pacientes

CATEGORÍA	FRECUENCIA SEMANAL	PORCENTAJE
<b>TOMA DE MEDICAMENTOS</b>	Ninguna vez a la semana	39%
	Una o dos veces a la semana	23%
	Tres a cuatro veces a la semana	38%
<b>RELAJACIÓN</b>	Una o dos veces a la semana	31%
	Tres a cuatro veces a la semana	69%
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
Pollo y pescado	Ninguna vez a la semana	31%
	Una o dos veces a la semana	69%
Frutas y verduras	Una o dos veces a la semana	54%
	Tres a cuatro veces a la semana	38%
	Cinco a seis veces a la semana	8%
Lacteos y cereales	Ninguna vez a la semana	12%
	Una o dos veces a la semana	65%
	Tres a cuatro veces a la semana	23%
Agua	Toda la semana	100%
<b>ACTIVIDADES SALUDABLES</b>		
Actividad Física	Una o dos veces a la semana	54%
	Tres a cuatro veces a la semana	38%
	Cinco a seis veces a la semana	8%
Actividad Laboral	Tres a cuatro veces a la semana	31%
	Cinco a seis veces a la semana	38%
	Toda la semana	31%
Dormir	Cinco a seis veces a la semana	23%
	Toda la semana	77%
Contacto Físico Sexual	Ninguna vez a la semana	62%
	Una o dos veces a la semana	23%
	Tres a cuatro veces a la semana	15%
Tiempo Familiar y Diversión	Ninguna vez a la semana	27%
	Una o dos veces a la semana	27%
	Cinco a seis veces a la semana	31%
	Toda la semana	15%
<b>CUIDADO Y ASEO PERSONAL</b>		
Baño, cepillado de dientes, ropa limpia y cómoda	Toda la semana	100%
Hidratación de la piel	5 a 6 veces a la semana	31%
	Toda la semana	69%
Evitar exponerse al sol	Toda la semana	100%
<b>CONDUCTAS DE RIESGO</b>		
Beber y fumar	Ninguna vez a la semana	100%
	Productos embutidos y enlatados	Ninguna vez a la semana
Comida chatarra, grasas y exceso de azúcares	Una o dos veces a la semana	27%
	Tres a cuatro veces a la semana	4%
	Ninguna vez a la semana	42%
	Una o dos veces a la semana	46%
Exponerse al sol	Tres a cuatro veces a la semana	12%
	Ninguna vez a la semana	100%
<b>ESTADO DE ÁNIMO</b>		
Triste	Ninguna vez a la semana	46%
	Una o dos veces a la semana	54%
Alegre	Toda la semana	100%
Enojada	Ninguna vez a la semana	54%
	Una o dos veces a la semana	46%
Angustiada	Ninguna vez a la semana	85%
	Una o dos veces a la semana	15%